Rok XXXIII. Kraków 14. Lipca 1894 r. Nr. 28.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki.

W ciągłym postępie nauk lekarskich z dniem każdym niemal pojawiają się nowe środki lekarskie, nowe sposoby operacyjne lub lecznicze a jeżeli wiele z nich po krótszem lub dłuższem powodzeniu idzie w zapomnienie, to jednak z tej powodzi wyłania się tu i owdzie świeża myśl, która, wzbogacając istotnie arsenał lekarski, podaje nam broń nową lub lepszą w miejsce dawnej. Że dziś, zwłaszcza po smutnym zawodzie z tuberkuliną Kocha, ogół lekarski z niedowierzaniem spogląda na wszelką nowość, to może być tylko korzystnem i dla nas i dla chorych, gdyż pozbywszy się zbytniego optymizmu, tem spokojniej i tem bezstronniej możemy osądzić każdy nowy pomysł lub środek leczniczy i dopiero po należytem wypróbowaniu przyjąć go lub odrzucić, nie ulegając przykremu rozczarowaniu, gdy się pokaże, że: *Das Alte bleibt immer das Beste.*

Tej ostrożności w przyklaskiwaniu nowym środkom i sposobom leczniczym przypisałbym tę obojętność, z jaką przyjęto pierwsze wystąpienie Dariera w 1891. roku w sprawie leczenia chorób oka za pomocą wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałkową. Dopiero nowy szereg pomyślnych wyników, ogłoszony przez niego w następnym roku, przełamał lody sceptycyzmu i zachęcił do podjęcia prób w tym względzie, w ślad za czem poszło z różnych stron mnóstwo sprawozdań. Czy w sprawie tej bezsprzecznie należy przyznać Darierowi pierwszeństwo wobec ogłoszonych jeszcze w 1889. i 1890. roku doświadczeń Secondiego, to rzecz wątpliwa, mimo że on sam mówi: *le scepticisme avec lequel fut accueillie notre communication serait déjà une preuve que le travail était au moins nouveau, s'il n'était complètement original.* Jednak chociażby to nawet nie była myśl oryginalna Dariera, to zawsze ma on tę zasługę, że pierwszy podjął próby na większą skalę i szeregiem artykułów zachęcił innych do doświadczeń z nowym sposobem leczenia [1]).

Leczyć cierpienia oka środkiem tak potężnym jak sublimat, choćby tylko ze względu na jego antyseptyczne działanie, leczyć je przez stósowanie miejscowe a więc atakując nieprzyjaciela wprost na najbliższej i najkrótszej drodze, w sposób łatwy, nieskomplikowany, bądź co bądź mniej przykry dla chorego niż wiele innych, to myśl z teoretycznego punktu widzenia świetna, czy jednak w praktyce odpowiadająca wszelkim nadziejom z teoryi wysnutym — to rzecz inna. Bo ileż to razy ta kapryśna praktyka rozprasza najpiękniejsze marzenia teoryi, ileż razy już nie jeden pomysł wielki i śmiały rozbił się tylko o to, że zapomniano, iż organizm żywy to nie kolbka lub rurka odczynnikowa w pracowni chemika.

Dziś, mając już ogłoszony spory szereg prac w tej sprawie, łatwiej może przyjdzie nam zoryentować się i ocenić rzeczywistą wartość wstrzykiwań podspojówkowych, nie ulegając ani optymizmowi Dariera ani sceptycyzmowi jego przeciwników.

Że sublimat zastósowany miejscowo działać może, nie ulega wątpliwości. Odnosi się to przedewszystkiem przynajmniej do tych spraw chorobowych, w których rozwinąć on ma swoje działanie antyseptyczne a więc w zapaleniach, któ-

[1]) Darier: Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire (*Arch. d'ophthalm.* 1891). Tenże: Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement (*Gaz. des hôpitaux* 1891). Des injections sous-conjonctivales dans certaines affections des nerfs optiques (*Bull. de la Soc. d'ophthalm. de Paris* 1891). Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les maladies de la choroïde et de la rétine *Bull. et mém. de la Soc. from. d'ophthalm.* 1892). Des injections sous-conjonctivales de sublimé. (*Annles d'ocul.* Avril 1893).

rych przyczyną jest zakażenie a powtóre w tych cierpieniach, w których chodzi o wessanie produktów zapalnych.

W chorobach tych stósowano już i przedtem czy to sublimat miejscowo w formie zakraplań lub przemywań oka, czy też rtęć ogólnie jako wstrzykiwania podskórne lub wcierania, albo wreszcie jako lek podawany wewnętrznie. A jeżeli, jak tego dowiodły znane oddawna doświadczenia fizyologiczne, rozczyny n. p. atropiny i t. d. zakroplone do worka spojówkowego przenikają rogówkę, soczewkę i ciałko szklane, to tem łatwiej i tem prędzej dostać się musi do wnętrza oka sublimat w rozczynie niezbyt mocnym zastrzyknięty pod spojówkę. Doświadczenia Bocciego, potwierdzone później przez Gallemaertsa i Jollego wykazały też, że już w kilka godzin po wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę można za pomocą elektrolizy wykryć rtęć w cieczy wodnej przodkowej komórki i w ciałku szklanem. Tak samo podaje i Bergmeister, że już w 12 godzin po wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę, wykazać go mógł w cieczy wodnej, Sgrosso zaś i Scalinci znajdowali go jeszcze do trzeciego dnia w cieczy wodnej i w rogówce. Jakkolwiek możnaby tu się spierać o sposób wnikania sublimatu do wnętrza oka n. p. z Darierem [1]), któremu wydaje się prawdopodobnem, iż dostaje się on tam wzdłuż naczyń wirowatych (*vasa vorticosa*) podobnie, jak tusz wstrzyknięty pod spojówkę w doświadczeniach Deutschmanna, to na razie jest to rzeczą obojętną. Ważną jest sama okoliczność, że sublimat w ten sposób zastósowany, wnika w krótszym przeciągu czasu do wnętrza oka i może w większej ilości, musi więc działać rychlej i energiczniej, niż gdy go podajemy wewnętrznie lub wstrzykujemy podskórnie.

Ponieważ jednak wskazania przez samego Dariera nie były całkiem ściśle określone, w zbyt obszerne nawet ujęte ramy i ponieważ skutkiem tego poczęto wstrzykiwać sublimat w najrozmaitszych cierpieniach oka bez należytego wyboru przypadków, powstało więc pewne zamięszanie a następnie rozczarowanie tych, którzy w sublimacie spodziewali się znaleść panaceę lub oczekiwali skuteczności w przypadkach całkiem nieodpowiednich i przeciwnie entuzyazm tych, którzy indywidualizując przypadki poddawali doświadczeniu tylko takie, w których już z góry na podstawie teoretycznego rozumowania należało się pomyślnych spodziewać rezultatów [2]): *Dans beaucoup de cas nous avons obtenu des résultats brillants, dans d'autres des résultats encourageants; mais souvent aussi les résultats ont été nuls.* Te ostatnie odnoszą się właśnie do takich, w których jakiekolwiek leczenie byłoby zawsze bezowocnem.

I dziś nawet mimo mnóstwa doświadczeń robionych przez różnych badaczy, wskazania nie są jeszcze dokładnie określone, bo porównywając różne sprawozdania, znajdujemy zbyt rażące sprzeczności. Nawet w jednem i tem samem cierpieniu sublimat jednemu oddał dobre usługi, drugiemu żadnych lub znacznie mniejsze. Zdaniem mojem rozwiązania szukaćby należało albo w nieodpowiedniem stósowaniu ze względu na dawkę, sposób wstrzykiwania, częstość injekcyj itp. albo w niecierpliwości badającego, który nie widząc skutku po jednem lub dwu wstrzykiwaniach odrzuca odrazu środek ten jako nieskuteczny. W każdym razie poważna częśé badaczy uważa wstrzykiwania podspojówkowe za środek mocno i skutecznie działający a przynajmniej przyspieszający wyleczenie w razie, jeśli ich używa się obok równoczesnej ogólnej terapii; np. Lagrange widział z takiego skombinowanego leczenia dobre bardzo wyniki w chorobach oka na tle kiłowem nawet tam, gdzie samo leczenie ogólne pozostawało przez dłuższy czas bez skutku, lub Rumszewicz [1]), który mówi „wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę gałki stanowią środek leczniczy nie do odrzucenia, gdyż niewątpliwie wywierają wpływ na przebieg wielu spraw chorobowych; nadto wpływ ten występuje rychlej, niż po zastósowaniu innych sposobów leczenia.“

Nie brak jednak i stanowczych przeciwników Dariera. Masselon np. powiada [2]): *dans les cas où ce traitement local a seul été employé, même si la cure avait été longtemps poursuivie, aucun résultat avantageux bien appréciable n'a pu être noté. Ce que l'on peut surtout affirmer, c'est que ces améliorations brusques, survenues après un très petit nombre d'injections, comme cela a été signalé, n'ont pu être rencontrées.*“

Laqueur, który stósował wstrzykiwania sublimatu w przypadkach zapalenia kiłowego tęczówki (*iritis syphilitica*) i przewlekłem środkowem zapaleniu naczyniówki (*choroiditis centralis chronica*) wyraża się o nich w ten sposób: *les injections à la dose* $^1/_{10}$ *de milligramme furent assez bien tolérées, mais bien que répétées plusieurs fois leur effet sur la marche de la maladie fut si peu évident que je revins aux frictions mercurielles.* Ten sam Laqueur wyraził się jednak później w dyskusyi nad wykładem Dariera na zjeździe w Heidelbergu jak następuje: *In den chronischen Fällen von Chorioiditis centralis waren die Injectionen einigemal wirkungslos, aber nicht schädlich; in einigen anderen Fällen wurden aber in kurzer Zeit auffallende Besserungen der Sehschärfe erzielt, wie sie so schnell durch eine andere Therapie kaum erreicht werden dürften.*

Deneffe nawet w przypadkach zapalenia rogówki z owrzodzeniem i nagromadzeniem się ropy w przedniej komórce (*keratitis ulcerosa cum hypopyo)* lub bez niego, nie widzi wyższości sublimatu nad dotychczasowem leczeniem a odnośnie do chorób naczyniówki i siatkówki pisze: *les résultats que nous avons obtenus ne nous permettent pas de partager l'enthousiasme que suscite chez certaines personnes ce nouveau mode de traitement.*

Podobnie wyrażają się Dianoux, Haab, który leczył sublimatem 10 przypadków zapalenia międzymiąższowego rogówki (*keratitis interstitialis*) bez skutku, dalej Fick i Terson oraz Valude, który potępia go stanowczo: *les injections locales se sont montrées inférieures aux injections générales et surtout aux injections de cyanure.*

Inni nie próbowali nawet zupełnie wstrzykiwań jak Cohn, Michel, Samelsohn i Panas, który wyraził się o nich w sposób bardzo niedowierzający: *Faut-il supposer que les injections agissent par une action chimique? Mais comment? à une dose aussi faible, homéopatique? Puis il faudrait démontrer d'une façon péremptoire leur pénétration dans l'oeil, ce que n'a pas été encore fait (?).*

[1]) Bericht über die 13. Versamml. der ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg 1893.

[2]) Des injectios sous conjonctionales de sublimé. *Annales d'ocul. Avril* 1893.

[1]) O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. *Przegląd lekarski* 1894. Nr. 4. i 5.

[2]) Résultats d'une enquête faite auprès d'un certain nombre d'ophtalmologistes de tous les pays. *Annales d'ocul. Août* 1893.

Tę ostatnią wątpliwość wyjaśniają już powyżej wspomniane doświadczenia Bocciego, Bergmeistra, Sgrossa i Scalinciego; co do pierwszej zaś, to jakkolwiek wstrzykujemy tylko bardzo małe ilości sublimatu, uwzględnić przecież potrzeba, że cała ta ilość wstrzyknięta pod spojówkę ulega wessaniu i dostaje się do krążenia śródocznego a zamieniona, jak Sattler przypuszcza, w białkan rtęci może, choć w bardzo znacznem rozcieńczeniu, działać chemicznie i trzebaby, zdaniem mojem, udowodnić dopiero, że z rtęci wtartej jako maść szara lub wstrzykniętej pod skórę w miejscu odległem od oka, dostaje się do jego wnętrza ilość większa, aniżeli ta mała, ale zastósowana miejscowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu rtęci w przymiocie (kile) czasowo (pozornie) ubiegłym.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób wenerycznych i skórnych na XI. kongresie międzynarodowym lekarskim w Rzymie

przez

Dra Watraszewskiego,

Lekarza Naczelnego Szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Jakąż bowiem gwarancyę posiadamy w rzeczywistości, aby módz twierdzić, iż merkuryalizacya mniej więcej energiczna, prowadzona kilka tygodni z rzędu i powtarzana co pewien czas dowolnie oznaczony, nieograniczoną liczbę razy, będzie mogła odpowiedzieć postawionemu wyżej zadaniu? Czy przeciwnie nie może nastąpić ta ewentualność, iż merkuryalizacya spełni tylko pewną część owego zadania i osiągnięty przez nią rezultat, ograniczy się do zniszczenia lub osłabienia owych przeszkód, które za sprawą *vis medicatrix naturae* wzniesione zostały dla zabezpieczenia się przeciw zarazkowi przymiotowemu? Czy nie należy lękać się, aby działanie rtęci nie dopomogło do uwolnienia z więzów swych zarazka specyficznego, który bez tej interwencyi może nigdy nie byłby dał znaku życia?

Tak, Szan. Panowie! Spostrzeżenia moje własne i sumienny rozbiór okoliczności analogicznych zapisywanych przez innych autorów, upoważnia mię do wypowiedzenia podobnego zdania.

Ograniczony czas, jaki mam do dyspozycyi, nie dozwala mi przytaczać tutaj szeregu przypadków i zastanawiać się nad nimi w celu umotywowania rzeczonego twierdzenia. Poprzestaję zatem na przypomnieniu przypadków, w których po kuracyi merkuryalnej, zastósowanej w okresie wolnym od objawów i długim, nieraz przez lat kilka lub więcej — występowały wkrótce potem objawy trzeciorzędne, albo też chory dotknięty został w tychże samych okolicznościach cierpieniem ośrodków nerwowych pochodzenia niewątpliwie przymiotowego. Zwłaszcza spostrzeżenia należące do tej ostatniej kategoryi, t. j. dotyczące układu nerwowego, zdaje się, pod względem rzeczonego związku wykluczają wszelką wątpliwość. W jednym z tego rodzaju przypadków miałem możność zrobić dwa razy z rzędu powyższe doświadczenie.

Przyznaję, iż wnioski wysnute na zasadzie jednego lub ograniczonej liczby przypadków, małą mają wartość i nie wykluczają możności przypadkowej koincydencyi. Dlatego ograniczam się tylko do przypomnienia owych okoliczności bez dalszego zajmowania się niemi.

Jednakowoż frekwencya cierpień układu nerwowego natury przymiotowej tak znacznie wzmogła się w ostatnich latach, statystyka przedstawia nam pod tym względem dane tak smutno interesujące i których dostarczają nam sami apostołowie owej metody leczenia, iż przedmiot ten zasługuje, aby się nad nim zastanowić na seryo.

Mimowolnie widzimy się zmuszeni zadać sobie pytanie: czy pomijając wpływy charakteryzujące nasz „wiek nerwowy“ i które działając na ośrodki nerwowe ustroju dotkniętego przymiotem, usposabiają je do cierpień pewnego rodzaju, czy, powtarzam, oprócz tych przyczyn i innych podobnych, nie ma takich pierwszorzędnej wagi, których szukać należy w samych podstawach nieracyonalnie stósowanej kuracyi, cieszącej się obecnie największym kredytem. Być może, iż dalszy przebieg choroby ukształtowałby się inaczej i statystyka przedstawiłaby nam mniej deprymujące rezultaty, jeżliby zasady owej metody leczenia zmodyfikowano we właściwy sposób.

Zdaje mi się, Szan. Panowie, iż po wywodach, które miałem honor przedstawić, mam prawo zaakcentować tem więcej jeszcze przeciwne stanowisko swoje wobec metody leczenia hołdującej powyższym zasadom. Kuracya merkuryalna jest czynnikiem drażniącym; nie można powątpiewać o tem więcej i na podobieństwo innych tego rodzaju czynników może w pewnych okolicznościach obudzić znowu uśpioną dyatezę. Spostrzeżenia, iż w przytoczonych okolicznościach system nerwowy najczęściej pada ofiarą, jest prostym rezultatem tego, iż skutki długotrwałej merkuryalizacyi w pierwszym rzędzie odbijają się na nim. W skutek przeciągłego działania rtęci na ustrój nerwowy traci on powoli prawidłową swą odporność żywotną i przeobraża się z czasem w *locus minoris resistentiae*, stanowiąc najlepszą podstawę do rozwijania się na niej zmian specyficznych.

Taki stan chorobowy układu nerwowego, wywołany długotrwałem stósowaniem rtęci, tłómaczy nam dostatecznie liczne przypadki neurastenii, depresyi lub ekscytacyi nerwowej i tym podobnych cierpień, rozwijających się w przytoczonych stósunkach. Cierpienia tego rodzaju za często wprowadza się w związek z samym przymiotem i poddaje chorych na nowo działaniu rtęci, co naturalnie stan ich znacznie pogarsza.

Czy winniśmy wobec tego rodzaju stósunków zarzucić używanie rtęci w leczeniu przymiotu lub też ograniczyć stósowanie jej w wyjątkowych jedynie przypadkach?

Doskonały wpływ tego środka leczniczego na objawy przymiotu czyni go przeciwnie nieodzownym w terapii tej choroby. Lecz jeśli objawy jawne przymiotu podlegają w większości przypadków rychło i prawie na pewno działaniu rtęci i świadomość tego należy uważać za okoliczność znaną i stwierdzoną doświadczeniem, to kwestya przedstawia się odmiennie, gdy chodzi o stwierdzenie przypuszczenia, iż merkuryalizacya chorych w czasie wolnym od objawów, inaczej mówiąc metoda leczenia t. z. zapobiegawcza, peryodycznie powtarzana, jest równie skuteczna i posiada własność zapobiegania w rzeczywistości występowaniu dalszych objawów specyficznych.

Szukalibyśmy napróżno na zasadzie doświadczenia klinicznego dowodów dla poparcia podobnego twierdzenia, podczas gdy pewna liczba przypadków zaczerpnięta ze wszyst-

kich okresów przymiotu zmusza nas do wyprowadzenia wprost przeciwnych wniosków:

Robotnicy zajęci fabrykacyą zwierciadeł i którzy przedstawiają objawy zatrucia chronicznego rtęcią, nie są zabezpieczeni od zarażenia się przymiotem.

Toż samo miałem sposobność widzieć u chorego dotkniętego czerwonym liszajem a leczonego niewłaściwie na przymiot. Chory ów przedstawiał objawy zatrucia rtęcią w takim stopniu, jak je rzadko tylko miałem sposobność widzieć. Okazało się koniecznem zająć się w danej chwili nasamprzód rtęcicą i poprawieniem odżywienia chorego, zanim można było wziąć się do leczenia liszaja. Chory skorzystał z tego czasu, aby zarazić się przymiotem, i gdym go widział w 20 dni potem, przekonałem się obok objawów ustępującej rtęcicy o charakterystycznym pierwotnym wrzodzie na prąciu, po którym we właściwym czasie wystąpiły i dalsze objawy przymiotu.

Czy potrzebuję przytaczać przypadki, w których podczas kuracyi merkuryalnej pojawiają się często wtedy właśnie, gdy zamierzamy już zaprzestać leczenia, nowa wysypka lub inne objawy przymiotu ustrojowego i przygnębiają zarówno chorego jak i lekarza.

Wspomniałem już przed chwilą obszerniej o spostrzeżeniach podobnych i innych zaczerpniętych z okresu przymiotu późnego.

Przytoczone spostrzeżenia same przez się, zdają się stwierdzać niemoc rtęci jako środka zapobiegawczego i metod leczenia tak zwanych zapobiegawczych. Z drugiej strony smutne rezultaty, które przedstawia nam statystyka, dalekie są od tego, aby usprawiedliwić kredyt, którym powyższa metoda cieszy się obecnie.

Wielki szacunek, jaki mamy dla powagi mistrza, któremu tyle zawdzięczamy na polu symptomatologii i terapii przymiotu i który jest równocześnie twórcą powyższej metody leczenia, nie powinien być dla nas przeszkodą do sumiennego i niezależnego zdawania sobie sprawy o racyonalności zasad tejże metody i o rzeczywistej jej wartości.

Leczmy przymiot tam, gdzie nam przedstawia się jako taki. Sumienny i wykształcony badacz znajdzie zawsze potrzebne dane dla wyrobienia sobie sądu o naturze objawów, które przedstawia, mu dany przypadek, i o tem, czy należy go postawić lub nie w związku z przymiotem.

Strzeżmy się natomiast wojowania jedynie tylko z widmem przymiotu, albowiem nie będąc w stanie go dosięgnąć, możemy w sposób wielce niepożądany wpłynąć na system nerwowy naszych chorych, albo co gorzej, dać bezwiednie sposobność widmu do wcielenia się na nowo i otworzenia drogi dalszym manifestacyom przymiotu.

III. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał
Dr. Zenon Pelczar.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

V. D. G., l. 40, Izraelitka z Zabłotowa. Chora od lat 8; pogorszenie znaczne po ostatnim porodzie przed 3-ma laty. Zniekształcenie miednicy i klatki piersiowej znacznego stopnia. Klatka piersiowa krótka, dolne żebra opierają się o linie ościste kości biodrowych, co dla chorej jest nader bolesnem. Wymiar prosty wchodu miednicy wynosi zaledwie kilka centymetrów.

Chora jest bardzo wyniszczona i na siłach podupadła. Polecono, jak w powyższych przypadkach kąpiele słone ze 6 klgr. soli co drugi dzień i wodę wapienną wewnętrznie. Ponieważ chora znosiła kąpiele dobrze, wzmocniłem je powoli do 16 klg. soli.

Już po kilku pierwszych kąpielach doznała chora ulgi w bólach, po dalszych odzyskała pewniejszy chód. Ażeby znieść choć trochę dolegliwości skutkiem ocierania się żeber o linie ościste kości biodrowych, kazałem chorej mało używać ruchu, więcej leżeć na wznak w pozycyi dobrze wyciągniętej, przy chodzeniu zaś prostować się i podpierać na wysokich laskach.

Cel w zupełności osiągnięto, choć tak prostymi środkami. Chora wyprostowała się znacznie, chód poprawił się, bolesność kości ustąpiła zupełnie.

VI. M. K., l. 36 licząca, Izraelitka z Dobromila, przebyła 8 porodów, chora od lat 3. Bóle w kościach datują się od dawniejszych czasów; od 3 lat dopiero poczęła doznawać utrudnienia w chodzeniu.

Chora, potrafi chodzić, choć z trudnością, ruchy jednak wszelkie połączone są z mocnymi bólami, zwłaszcza w dolnej części ciała. Chora nadto skarży się na częste bicie serca i przypadłości nerwowe. Przy badaniu znaleziono odżywienie bardzo liche, zniekształcenie ograniczone tylko do miednicy, gdzie też największa jest bolesność. Odruchy kolanowe wzmożone, znaczna przeczulica skórna, bolesność za uciskiem obu jajników. W organach wewnętrznych brak zmian chorobowych.

Chora użyła 26 kąpieli, o 6 do 16 klg. soli na wannę. Podmiotowo czuła chora znaczne polepszenie, bóle ustąpiły; utrzymała się tylko bolesność w okolicy jajników i stan nerwowy.

VII. J. M., l. 33 licząca, Izraelitka, zamężna, wyrobnica z Jezierzan.

Przebyła 5 porodów, ostatni przed 3-ma laty i od tego to czasu podaje początek cierpienia. Skarży się na bóle w krzyżach, nogach i utrudnienie chodzenia. Przy badaniu znaleziono u chorej z podupadłem odżywieniem sztywność w obu kończynach dolnych. Obie nogi przy ruchach biernych bolesne, największa bolesność w dolnej części krzyża i za uciskiem na kości miednicy. Miednica przedstawia obraz miednicy osteomalatycznej.

Spojenie łonowe bardzo ścieśnione kątowato, ponad niem przez powłoki zwiotczałe wybadać można macicę wysuniętą ku górze. Brzuch jest obwisły skutkiem zbliżenia się klatki piersiowej do miednicy.

Narządy wewnętrzne bez zboczeń. Chora użyła kąpieli 18, po których stan poprawił się o tyle, że chodzić mogła wygodnie bez bólów i zadowolona opuściła zdrojowisko.

VIII. I. H. l. 43. licząca, z Przemyśla, odbyła kilka porodów, ostatni przed 4-ma laty. Początek cierpienia odnosi do przeziębienia przed kilkoma laty, pogorszenia doznała po ostatnim porodzie.

Chora dość dobrze odżywiona, tkanka podskórna dobrze rozwinięta. Przy badaniu znaleziono małe zmiany w kształcie kośćca, natomiast wielką bolesność kości przy ucisku, przeczulicę skórną, odruchy kolanowe powiększone, niedowład kończyn dolnych. Przypadłości żołądkowe, jak odbijanie na czczo i po jedzeniu, gniecenie przy pełnym żołądku, zaparcie stolca.

Polecono chorej wodę ze źródła Bronisławy na czczo (źródło słono-gorzkie) i kąpiele słone mocniejsze.

Po 5-tygodniowej kuracyi znikły bóle, stan żołądka i jelit poprawił się a chora w zupełnem zdrowiu powróciła do swego zajęcia.

IX. K. P. z Bronicy, l. 52. r. kat. zamężna, żona wieśniaka.

Rodziła 2 razy, regularność ustała przed 6 laty. Cierpiąca od kilku lat, chodzić zaś nie może od kilku miesięcy.

Przy badaniu znaleziono u osoby z miernem odżywieniem sztywność kończyn dolnych, odruchy powiększone, bolesność znaczna przy ruchach biernych i czynnych i przy ucisku na kości, zwłaszcza miednicy i mostka. Narządy wewnętrzne bez zmian, biegunki.

Polecono chorej makowiec, wodę wapienną i kąpiele słone.

Po 2-tygodniowem leczeniu chora, która poprzednio nieruchomo leżeć była zmuszoną a do kąpieli dać się wozić, poczęła odzyskiwać władzę a po 23 kąpielach o tyle wróciła do zdrowia, że chodzić mogła o lasce.

X. H. M., l. 35, zamężna, Izraelitka z Wyżnicy (na Bukowinie), rodziła kilka razy, chora od 2 lat.

Cierpienie ogranicza się do bolesności w kościach przy wszelkich ruchach i do utrudnienia chodu.

Chora bardzo niskiego wzrostu, niezmiernie wyniszczona. Miednica typowo osteomalatycznie zmieniona, stos pacierzowy łukowato wygięty. Chora z trudem opierając się na dwu laskach poruszać się może. Objawom tym towarzyszą inne, właściwe zmięknienia kości, których już, by uniknąć powtarzania się, nie przytaczam.

Po 36-dniowem leczeniu, w ciągu którego chora użyła 24 kąpiel, doznała znacznej ulgi w swem cierpieniu. Odzyskała część sił, ustąpiły bóle a stan ogólny poprawił się.

Jedynasty przypadek tyczył się chorej, pacyentki Dra Plecha, o której ogólne tylko otrzymałem wiadomości.

Miała to być chora w wieku średnim z Galicyi, przebyła 7 porodów, cierpiąca już lat kilka, u której jednak po ostatnim porodzie wystąpiły w ostry sposób objawy zmiękniania kości. Po 6—7-tygodniowej kuracyi miało nastąpić zupełne polepszenie.

Zbierając pokrótce wszystkie 11 przypadków mogę powiedzieć, że miałem do czynienia ze zmiękniemiem kości.

Przemawia za tem: 1) początek cierpienia po porodzie u kobiet wieloródek, w wieku średnim (między 25 a 46 rokiem życia) żyjących w nędzy i stósunkach niehigienicznych.

2) Przewlekły przebieg cierpienia, które trwało od 2—8 lat z różnem nasileniem, z pogorszeniem zaś zawsze po porodzie.

3) Usadowienie się zmian w kościach tak co do bólów jak i zniekształcenia.

4) Inne objawy, jak przeczulica skórna, powiększenie się odruchów, niedowład kończyn dolnych, skurcz mięśni przyciągaczy przy zupełnym braku objawów zajęcia mózgu lub rdzenia.

Rozdzielenie chorych po różnych okolicach nie da się ułożyć w żaden wzór, któryby pozwalał myśleć o jakiej endemii lub przyczynie miejscowej. Wszystkie pochodziły ze wschodnio-południowej Galicyi, jeden z Bukowiny. Wszystkie doznały po 4—8 tygodniowem leczeniu w Truskawcu znacznego polepszenia.

Pozbywały się mianowicie bólów, odzyskiwały władzę w kończynach dolnych, poprawiało się u nich odżywienie i wejrzenie a w niektórych przypadkach ustępowało nawet po części zniekształcenie.

Za całe leczenie służyły u nich kąpiele słone średniej mocy (6—16 klg. soli na wannę stósownie do konstytucyi chorej) o ciepłocie 27°—29° R. po 15—30 minut codziennie lub z przerwami w miarę, jak chore je znosiły.

Wewnętrznie dostawały chore przetwór wapniowy najprostszy i najtańszy, bo wodę wapienną łyżkami stołowemi w mleku. Do przetworów droższych i innych sposobów leczenia uciekać się nie mogłem, ze względu na ubóstwo chorych, które nietylko na lekarstwo, ale często i na chleb codzienny nie miały.

Co do innych stósunków higienicznych, i w Truskawcu nie znajdowały one idealnych. Za lichą cenę mieszcząc się po domkach wieśniaczych, nie mogły mieć tych wygód, jakich wymagał ich ciężki stan, i najczęściej o chłodzie i żebraczym chlebie odbywały leczenie, wspierane przez Zakład lub litościwszych gości.

Mimo to wyniki leczenia były zdumiewające. Chore już po kilku kąpielach doznawały ulgi; około 20 kąpiel zaś wystarczało, by je uwolnić od bólów i wrócić im możność swobodnego poruszania się, o co tym chorym najbardziej się rozchodziło.

Czy mamy tu do czynienia z polepszeniem tylko i chwilowem zatrzymaniem się cierpienia, czy zupełnem wyleczeniem, trudno mi na razie rozstrzygać. Zbyt małą rozporządzam statystyką i zbyt krótkim był czas obserwacyi. W każdym razie poczuwam się do obowiązku zwrócić uwagę na ten tak korzystny wpływ kąpieli słonych na zmiękniemie kości. Czy kąpiele słone mają jaki swoisty wpływ na osteomalacyę, za śmiałem byłoby to przypuszczenie; prawdopodobnie wpływają one korzystnie tylko przez poprawę odżywienia chorych, przez polepszenie i zwiększenie przemiany materyi. Podrażniając w skórze zakończenia nerwów (Beneke, Clemens) powiększają kąpiele słone produkcyę ciepła obok zwiększenia wydzielania bezwodnika węglowego.

Zwiększenie się to właśnie wydzielania bezwodnika węglowego świadczy o większej przemianie materyi, przyczem jak to najnowsze wykazały badania, nie białko, ale węglowodany prędzej ulegają rozpadowi, dając jako ostateczny produkt bezwodnik węglowy (Zuntz, Röhrig).

Beneke, Lehman i Kühne wykazali, że skutkiem kąpieli słonych zmniejsza się ilość dzienna moczu, mocznika i fosforanów ziemnych, polepsza oddychanie, łaknienie, zwiększa się asymilacya, czyli że przyswajanie przewyższa wydzielanie (Kisch, Kühne).

Zaprzeczyć się także nie da, że niepoślednią odgrywają rolę w leczeniu zmiana klimatu, świeże powietrze, zaprzestanie ciężkiej pracy i poprawa stosunków higienicznych.

Opierając się na danych, których mi piśmiennictwo i moje własne dostarczyły obserwacye, wysnuć mogę następujące wnioski;

1) Że zmiękniemie kości jest częstszem, niż do niedawnych czasów utrzymywano.

2) Że nie brak go i w Galicyi, zwłaszcza wschodniej.

3) Że upada mniemanie o endemicznem występowaniu cierpienia.

4) Że kąpiele słone wpływają bardzo korzystnie i to w krótkim stosunkowo czasie na to cierpienie; że zatem zasługują na uwzględnienie w leczeniu zmiękniemia kości obok fosforu i kastracyi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Camillo Golgi: **Histologia patologiczna wścieklizny doświadczalnej.**

Golgi już niejednokrotnie pisał i mówił w tym przedmiocie. Jeżeli jednak autor jeszcze raz zestawia wyniki swych badań i podaje do wiadomości szerszego ogółu lekarzy, to przyczyny tego należy szukać nie w zapoznaniu prac autora przez innych badaczy, lecz w chęci zwrócenia uwagi na oko-

liczność, że wszystkie dane, które otrzymał w swych doświadczeniach, zawdzięcza tylko swej metodzie srebrzenia (*colorazione nera*). Na okoliczność tę kładzie autor nacisk w przekonaniu, że metoda jego powinna znaleść daleko szersze zastósowanie właśnie w badaniu patologicznie zmienionych narządów nerwowych. Jako przykład w tym względzie zamieszcza Golgi rysunek zmian (paciorkowate nabrzmienia) w wypustkach komórek Purkinjego w pląsawicy (*chorea*), ogłoszonych w 1874. i cytowanych przez Ziemssena, zwracając uwagę, że od tego czasu jeden tylko Colella stósował tę metodę w szerszym zakresie badając rozmaite formy psychoz.

Jeszcze jedna przyczyna wpłynęła na ogłoszenie tej pracy, mianowicie chęć przeciwstawienia odkryć zdaniu tych autorów, którzy bez ceremonii w swych podręcznikach nauczają, że we wściekliźnie nie można znaleźć w ośrodkach nerwowych nic takiego, coby można było uważać za charakterystyczne i stałe dla tej, bądź co bądź tak ważnej choroby.

Autor zestawia wyniki swych prac, jak następuje:

I. Zmiany w budowie jądra komórkowego. Polegają one na nabrzmieniu jądra, utracie wyraźnych zarysów, występowaniu chromatyny. Autor nie przywięzuje do tych danych wielkiego znaczenia ze względu na ich wątpliwy charakter patologiczny, natomiast kładzie nacisk na bliższe rozpatrzenie się w fazach karyomitozy. Prowadząc badania w tym względzie, dochodzi autor do przekonania, że raczej mówić wypada o karyolizie w komórkach nerwowych, niż o jakiemś postępowym rozwoju jąder. Jądro nabrzmiewa, traci charakter pęcherzykowaty, występuje podścielisko (*stroma*), wrzeciona, kłębki równikowe i gwiaździste, w rzeczywistości zaś nie widzimy nigdy form prawdziwego podziału jądra. Ilość chromatyny zmniejsza się znacznie i występuje pod postacią krótkich, nieprawidłowych fragmentów. Zmiany te znajdywał autor na preparatach z mózgów królików, które dobijał, nim padły na wściekliznę poraźną. Jeszcze na jeden szczegół ciekawy zwraca Golgi uwagę: już na 4—5. dzień po zaszczepieniu można wykazać w komórkach powierzchownych ze zwojów móżdżka klasyczne formy mitozy, to znaczy, że dane anatomiczne pozwalają nam wykryć okres podrażnienia już wtedy, kiedy symptomatycznie choroba się jeszcze nie objawia.

II. Zmiany w formie i budowie ciała komórek nerwowych:

a) Zeszczuplenie, tworzenie się banieczek (wakuole), pęcherzykowate zwyrodnienie komórek. Pierwsza faza tych zmian polega na lekkiem nabrzmiewaniu ciała komórki, w skutek czego staje się ono bardziej przejrzystem i gorzej się barwi. Przy tworzeniu się banieczek (wakuol) powstają w jednem lub kilku miejscach ciała komórki małe jamki, w poprzek których przebiegają cienkie nitki z postrzępionych resztek pierwoszcza. Objętość komórki powiększa się. Nadzwyczaj charakterystycznem bywa tak nazwana przez autora pęcherzykowata przemiana komórek. Ciało komórkowe 3, 4, 5 razy większe niż zazwyczaj, otacza cienka błyszcząca linia, robiąca wrażenie otoczki. Pierwoszcze reprezentuje niewielka ilość drobnoziarnistej masy, uwydatniającej się przeważnie w pobliżu punktu wyjścia właściwych wyrostków. Jądro leży zazwyczaj w górnej części wewnątrz pęcherzyka.

Do stwardniania kawałków mózgu używał autor płynu Fleminga lub wyskoku. Zmiany powyżej opisane znajdywał Golgi w najrozmaitszych częściach mózgu, móżdżku, rdzenia przedłużonego i kręgowego.

b) Zmiany w formie zewnętrznej komórek nerwowych polegają na ograniczonych lub rozlanych nabrzmieniach, pomarszczeniach wraz z utratą substancyi, na zaniku postępowym, który zaczyna się prawdopodobnie od wyrostków protoplazmatycznych i przechodzi stopniowo na ciało komórkowe. Zmiany te występują nie jako rozsiane w różnych częściach mózgu mniej lub więcej jednostajnie, ale raczej pewnemi ogniskami obok miejsc przez sprawę chorobową zupełnie niezajętych.

c) Ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie komórek nerwowych. Sprawę tę znajdujemy we wściekliźnie bardzo często i nieraz w takim stopniu, że ginie niemal cała komórka, pozostawiając po sobie zaledwie jakąś resztkę drobnoziarnistej masy.

W tem miejscu podaje autor opis zmian, jakim jądro komórkowe ulega w swem położeniu. Zmienia ono swe miejsce, niekiedy nawet przy zupełnym braku zmian w ciele komórkowem; zwykle zaś tej zmianie położenia towarzyszy ziarnistość, nabrzmienie, zanik lub ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie pierwoszcza. Co jest niezmiernie charakterystycznem, szczególnie w komórkach o formie gruszkowatej, posiadających tylko jeden wyrostek, to okoliczność, że jądro zwykle w swym ruchu dąży właśnie ku temu wyrostkowi. Jądra takie bywają bardziej wydłużone niż zwykle, mają zarysy mniej wyraźne, niekiedy nawet znajdują się na drodze do zaniku.

d) Ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie komórek neurogliі znajdywał autor w rozmaitych częściach układu nerwowego.

III. Zmiany w zwojach międzykręgowych. Prócz skupień komórek okrągłych i rozszerzenia światła naczyń, znajdywał autor tworzenie się wakuol, dochodzące nieraz do znacznych rozmiarów, grubą ziarnistość pierwoszcza, szczególnie w środkowej części komórek, równoczesne tworzenie się jednolitego pasa w około nich i przesuwanie ku brzegowi wydłużonego nadmiernie jądra.

Kończąc swoją pracę, stawia autor pytanie, o ile zmiany opisane są dla wścieklizny charakterystyczne i rozstrzyga je w ten sposób, że żaden z osobna z przytoczonych wyżej obrazów nie przedstawia cech wyłącznie dla tej choroby właściwych (pomimo, że, nawiasem mówiąc, tworzenia się wakuol w komórkach nerwowych móżdżku w innych sprawach chorobowych dotychczas nie spostrzegano) i że dopiero równoczesność tych zmian morfologicznych rozstrzyga o rozpoznaniu wścieklizny.

Co się tyczy określenia i zestawienia zmian we wściekliźnie znajdywanych, z punktu widzenia patologii ogólnej, wypowiada Golgi przypuszczenie, że jest to bezwątpienia sprawa zapalna, poczynająca się od przekrwienia czynnego, proliferacyi pierwocin naczyniowych i okołonaczyniowych i od nacieczenia białemi ciałkami krwi. Rozwijają się następnie wszelkie zmiany pierwocinach stałych tkanki nerwowej, po których następują sprawy przyrody wstecznej tak, że anatomicznie cała sprawa przedstawia się jako miąższowe zapalenie mózgu i rdzenia pacierzowego *(encephalomyelitis parenchymatosa)*.

Pomimo, że dotychczas nie znaleziono swoistego czynnika dla tej choroby, nie należy się jednak tej myśli wyrzekać, tembardziej, że za tem przypuszczeniem przemawia wiele okoliczności. *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 14. 1894 r.) *Dr. W. Orłowski.*

Położnictwo.

Pelzer: Dalsze doniesienie o wstrzykiwaniu gliceryny do jamy macicy, jako odpowiedź na artykuł Pfannenstiela.

W odpowiedzi zwraca uwagę Pelzer, że Pfannenstiel opiera swoje zarzuty na podstawie tylko dwóch przypadków, z których w jednym jeszcze przed wstrzyknieniem gliceryny wykazano białkomocz i wałeczki w moczu. Co do podwyższenia temperatury po wstrzyknieniu, sądzi Pelzer, iż jest to następstwem przemijającego podrażnienia ośrodka ciepła przez glicerynę; zatoru powietrznego zaś obawiać się nie należy przy ostrożnem postępowaniu.

Następnie podaje Pelzer w krótkości 28 przypadków, z tych 19 własnych, w których użyto wstrzykiwań gliceryny do wywołania lub wzmocnienia czynności porodowej. W żadnym z nich nie wykryto hemoglobinuryi ani białkomoczu, z wyjątkiem dwu przypadków, w których już przed wstrzyknieniem gliceryny było przewłoczne zapalenie nerek.

W żadnym z tych 28 przypadków nie powstał również zator powietrzny. Co do samego działania wstrzykiwań

gliceryny, to bóle porodowe występują według Pelzera już w dwie godziny po wstrzyknieniu, średnio zaś potrzeba 8—10 godzin godzin do całkowitego rozwarcia ujścia zewnętrznego. Ponieważ wstrzyknienie 100 grm. gliceryny na raz sprowadza często zbyt silne skurcze macicy, groźne dla życia płodu, przeto poleca Pelzer wstrzykiwać nie więcej, jak 30—50 grm. na raz a w razie niedostatecznego działania radzi powtórzyć wstrzykiwanie. Do wstrzykiwań gliceryny zdaniem Pelzera nie nadają się przypadki łożyska przodującego i powikłane zapaleniem nerek, wobec słabych bólów porodowych zaś radzi autor użyć przedtem innych łagodniejszych sposobów wzmacniających bóle porodowe. (Porówn. *Przegląd lekarski* nr. 9 z r. b.) (*Centralblatt f. Gynäkologie*. Nr. 15. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Pfannenstiel: **Jeszcze raz o niebezpieczeństwie wstrzykiwań gliceryny do jamy macicy w celu wywołania porodu przedwczesnego.**

W dalszym artykule zwraca Pfannenstiel powtórnie uwagę na ciężkie objawy zatrucia gliceryną po wsrzykiwaniach, przyczem powołuje się na nowy przypadek Müllera (*Münchener med. Wochenschrift*. Nr. 4. 1894 r.) i na przypadki Mikulicza, w których po wstrzyknieniu mięszanki jodoformowej z gliceryną do dużych jam występowała hemoglobinurya a raz nawet pojawiło się ostre zapalenie nerek. Ponieważ działanie wstrzykiwań do jamy macicy zależy od ilości użytej gliceryny, przeto Pfannenstiel nie spodziewa się wielkiego skutku po wstrzykiwaniach 30 do 50 grm. gliceryny, tak jak się to stało w jednym z 28 przypadków Pelzera, w którym w dwa dni po pierwszem wstrzyknieniu musiano dodatkowo po raz drugi wstrzyknąć glicerynę. Następnie wspominając o 52 przypadkach z kliniki ginekologicznej we Wrocławiu, w których w celu wywołania czynności porodowej z najlepszym skutkiem kateteryzowano macicę, lub rozszerzano szyjki balonikami, przestrzega Pfannenstiel jeszcze raz przed wstrzykiwaniem gliceryny do macicy w celu wywołania bólów porodowych. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 16. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Theilhaber: **Wzniecenie porodu przedwczesnego zapomocą pręcików glicerynowych.**

Otóż dla uniknienia niebezpieczeństwa zatrucia gliceryną poleca Theilhaber w celu wzmocnienia lub wywołania bólów porodowych zamiast wstrzykiwań gliceryny wprowadzać pręciki glicerynowe pomiędzy ściany macicy a błony płodowe. Pręciki te sporządzone są w następujący sposób: Cienkie pręciki fiszbinowe długie na mniej więcej 15 cm. powleka się naprzód warstwą 0,1% kollodium sublimatowego a następnie mięszaniną równych części w słabszych po 5 grm., w mocniejszych po 7,5 grm. gliceryny z żelatyną, do której dodaje się po 0,2 trykrezolu. Pręcik taki wprowadzony do macicy wywiera działanie podwójne, mechaniczne jako pręcik i chemiczne, gdyż gliceryna podobnie, jak na błonie śluzowej odbytnicy sprowadza prawdopodobnie przekrwienie wraz z wysiękiem. Autor użył w jednym przypadku dwu takich pręcików w celu wywołania bólów porodowych z dobrym skutkiem; poród nastąpił w 35 godzin po założeniu pierwszego pręcika. Wobec tego że pręciki te zawierają bardzo mało gliceryny, nie należy obawiać się zatrucia i dlatego autor poleca sposób ten jako nieszkodliwy wypróbować w zakładach właściwych. (*Centralblatt f. Gynäkologie*. Nr. 20. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Fenomenow i Koczetkow: **Projekt zmiany symfizeotomii.**

Ze względu na okoliczność, że symfizeotomia przy powtórnych porodach wpłynąć powinna na rozmiary miednicy o tyle, iżby jej więcej nie powtarzano, zalecają autorowie celem uniknięcia rozejścia się końców kości łonowych zapełnić ubytek pomiędzy niemi kawałkiem kości (*osteoplastica*). Operacyą można wykonać w sposób dwojaki: 1-mo Cięcie skórne łukowate, zwrócone wypukłością ku dołowi tak, że przechodzi blisko dolnego brzegu spojenia łonowego. Po odpreparowaniu płata ku górze, przecina się części miękkie aż do kości od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz w odległości 2—2,25 cm. od środka spojenia łonowego i to tak, że linie cięcia schodzące się u dołu tworzą trójkąt, którego podstawę stanowi górny brzeg kości łonowych a wierzchołek znajduje się przy więzadle łukowem (*lig. arcuatum*). W miejscu cięcia oddzieliwszy okostną, wycina się piłką płat kostny i tym sposobem robi się *pubiotomia bilateralis*. Po ukończeniu porodu, oddziela się okostną z dolnej części wypiłowanego klina kostnego i w tej rozległości usuwa się kości nożycami. Oddzieloną okostną nakrywa się dolny brzeg pozostałej części klina i zesuwa się go ku dołowi tak, że górny brzeg jego przypada w połowie odległości dawnego spojenia łonowego. W ten sposób kości łonowe rozchodzą się w miejscu tem na 2—2,25 cm. a wymiary miednicy powiększają się znacznie.

2-do. Cięcie skórne takie same, tylko kości przecina się piłką w ten sposób, że linie przepiłowania idą nie skośnie, ale prosto z góry na dół i dochodzą do połowy tylko wysokości spojenia łonowego. Następnie prostopadle do nich przepiłowuje się spojenie łonowe poprzecznie i tym sposobem otrzymuje się prostokąt kostny, którego długość równa się 4—4,5 cm. a szerokość połowie wysokości spojenia. Kostny ten prostokąt następnie przemieszcza się między dolnemi częściami spojenia łonowego, które rozsuwa się poprzednio.

Celem utrzymania kostnego płata na nowem miejscu zakładano szew kostny, albo spajano gwoździami według ogólnych zasad. Autorowie podają te sposoby jako dość łatwe do wykonania, gdyż nie obraża się żadnych ważnych organów a płaty kostne bez trudności dają się przesunąć. Operacyę tę wykonywali na trupach a także i na żywych. (*Wracz*. Nr. 51. 1893 r.). *Dr. Józef Langer.*

Medycyna sądowa.

Ladreit de la Charrière: **Rany postrzałowe ucha.**

Autor przedstawił na posiedzeniu towarzystwa sądowo-lekarskiego w Paryżu dwa spłaszczone odłamki kuli rewolwerowej, wydobytej z jamy bębenkowej pewnej kobiety, która postrzeliła się w zamiarze samobójczym. Pocisk przebił małżowinę w skrawku (*tragus*), obił się o ścianę kostną przewodu słuchowego, przyczem rozprysnął się na dwa odłamki, które przebiwszy błonę bębenkową pozostały w jamie bębenkowej.

W dyskusyi nad tym niezwykłym przypadkiem postrzału samobójczego w ucho przytoczył prof. Brouardel kilka przypadków niezwykłego samobójstwa, przez siebie spostrzeganych. Brouardel zwrócił uwagę na okoliczność, iż zdarzają się przypadki samobójstw z postrzału, w których rozstrzygnięcie pytania, czy w danym razie zachodzi samobóstwo czy morderstwo, jest prawie niemożliwem. Tak np. sekcyonował B. samobójcę, który wymierzył sobie jeden pocisk rewolwerowy w okolicę serca a następnie drugi w szyję. Drugi postrzał stał się śmiertelnym przez krwotok z przebitej tętnicy dogłowowej. Gdyby ów samobójca nie był przed śmiercią oświadczył, iż sam targnął się na swoje życie, nie byliby w stanie lekarze sądowi wykluczyć możliwości morderstwa. Ponadto zwrócił B uwagę i na to, iż zdarzają się przypadki świadczące o wielkiej odporności kości czaszkowych i wytrzymałości ustroju na postrzały.

I tak wspomniał B. o przypadku samobójstwa, sekcyonowanym w Morgue, w którym znaleziono dwa pociski rewolwerowe w kości skroniowej, trzeci zaś pocisk otorbiony w mózgu, bez odpowiedniego zewnętrznego otworu w kościach czaszki. Inny przypadek tyczył się sierżanta artyleryi, który wobec świadków skończył samobójstwem z rewolweru 11 mm. kalibru. Wymierzył on sobie pocisk w czoło, który jednak ugrzązł w substancyi gąbczastej kości i wywołał odpryśnięcie blaszki kostnej wewnętrznej. Samobójca po strzale nie upadł, lecz wymierzył sobie drugi postrzał w szczękę

dolną, a gdy i ten strzał nie powalił go na ziemię, wymierzył sobie trzeci już skuteczny pocisk w twarde podniebienie.

Dodatkowo wspomniał Polaillon, iż skutek pocisku, wystrzelonego z broni palnej, w przypadkach, w których śmierć nie nastaje natychmiast, bywa różnym, mianowicie: jeśli pocisk był aseptycznym, to uszkodzenie wywołane nim, przy odpowiedniem leczeniu goi się dobrze i bez ropienia; jeśli jednak pocisk jest zakażonym, wówczas objawy zapalne i ropienie dołączają się rychło do rany. (*Annal. d'hyg. publ. et de médecine légale.* Maj 1894.). *Wachholz.*

Kamm: Ocena sądowo-lekarska ran kłutych szyi.

K. omówiwszy po krótce sposób powstawania ran kłutych szyi, jako też i skutki ich dla uszkodzonego w razie przeżycia i śmierci, dochodzi do następujących wniosków: Rany kłute szyi bywają najczęściej zadane obcą ręką, rzadziej są one wynikiem samobójstwa lub przypadku; wykazanie śladów obrony przemawia przeciw przypuszczeniu samobójstwa lub przypadku. Z ułożenia, kierunku i innych cech rany można sądzić o użytem narzędziu i o sposobie jego użycia. W razie uszkodzenia krtani przemawia obecność większej ilości krwi w drogach oddechowych za powstaniem uszkodzenia za życia. Po ranach kłutych szyi może śmierć nastąpić albo zaraz albo w ciągu pierwszych trzech tygodni wskutek skrwawienia się lub uduszenia, czasem zaś wskutek zapalenia płuc, które jest wtedy nieżytowem, lub z wtórorzędnego zakażenia rany; w tym ostatnim razie należy o ile możności, wykazać, czy możliwem było przez zastósowanie odpowiedniego leczenia uniknąć zakażenia rany.

Nawet lekkie uszkodzenia w postaci ran kłutych szyi należy oceniać wedle §. 228*a*. k. k. niemieckiego (§. 155*a*. obecnej ustawy karnej austr.). Czasem mogą po ranach kłutych szyi pozostać trwałe następstwa, podpadające w ocenieniu sądowem pod §. 224. kod. kar. niem. (§. 156*a*. lub *b*. obecnego k. k. austr.).

Nawet po zadaniu rany kłutej wielkim naczyniom szyi może uszkodzony przez pewien czas jeszcze wykonywać pewne czynności; rokowanie jednak w tych razach jest co najmniej wątpliwe. (*Zeitschrift f. Medicinalbeamte* Nr. 10. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— A. Elsenberg (w Warszawie): Leczenie liszaja żrącego *(lupus)* parachlorofenolem. Autor używał do swych doświadczeń terapeutycznych dwóch przetworów, zresztą pod względem skutku zupełnie jednakich: czystego krystalicznego parachlorofenolu, przemienionego w płyn przez ogrzanie w kąpieli piaskowej do 40° C. i parachlorofenolu płynnego, zawierającego w sobie pewną ilość ortochlorofenolu.

Po obmyciu starannem naprzód wyskokiem, następnie eterem lub zgęszczonym rozczynem wodnym węglanu potasowego pomazuje się części chore mocno i po kilka razy pęczkiem waty napojonej parachlorofenolem a następnie smaruje maścią złożoną z równych części parachlorofenolu, lanoliny, wazeliny i mączki (skrobi). Maść tę, do której można dodać nieco węglanu potasowego dla rozpuszczenia parachlorofenolu, zostawia się na miejscu przez 10 do 12 godzin, poczem zbiera się ją starannie watą a daje na jej miejsce maść z kwasem salicylowym lub jodoformem. Procedurę tę powtarza się co dwa dni.

Leczenie to nie jest tak bolesne, jak użycie kwasu pirogallusowego. W kilka sekund po posmarowaniu parachlorofenolem części przez liszaj żrący zajęte zaczynają blednąć i otaczać się obrzmiałym pasem czerwonym. Po kilku godzinach barwa biała ustępuje obrzmieniu i zaczerwienieniu, które w miejscach przez liszaj żrący zajętych są mocniejsze, niż w zdrowem sąsiedztwie. Równocześnie przepaca się płyn naprzód krwawy, potem surowiczy. Po 12 do 24 godzinach powstaje strup żółto-czerwonawy, gruby, który przylega mocno, oddziela się dopiero po 8 lub 10 dniach i zostawia gładką bliznę.

Mimo tego, że parachlorofenol pod względem swej skuteczności przewyższa wszelkie inne środki do leczenia liszaja żrącego używane, nie wypowiada o nim autor jeszcze stanowczego sądu tem bardziej, iż dotychczas uzyskał wyleczenie prawie zupełne dopiero w jednym tylko przypadku. (*Gazeta lekarska* 10. 1894).

— Dołganow: Leczenie wrzodów rogówki wstrzykiwaniami podspojówkowemi parachlorofenolu. W miejsce wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, używanych w ostatnich czasach z dobrym skutkiem przeciw kiłowym chorobom oczu tudzież w pewnych zapaleniach zakaźnych i owrzodzeniach rogówki, zaleca autor na podstawie własnego doświadczenia w 6 przypadkach wrzodów rogówki wstrzykiwania podspojówkowe parachlorofenolu, który obok dzielnego i rychłego działania, jak sublimat, ma nad nim tę wyższość, że mniej drażni i zarazem znakomicie koi bóle.

Autor używa rozczynu 1 do 2%, którego wstrzykuje za każdym razem jednę lub dwie podziałki strzykawki Pravazowskiej. Wstrzykiwania te sprawiają ból nieznaczny, trwający od 3 do 5 minut, co najdłużej, tudzież małe obrzmienie ustępujące po kilku godzinach. Zresztą nie ma żadnych innych skutków nieprzyjemnych. Najwybitniejsze działanie wstrzykiwania parachlorofenolu widział autor w 6 przypadkach wrzodu rogówki, w których bóle zapalne naprzód się zmniejszyły a następnie rychło zniknęły zupełnie, wyleczenie zaś całkowite nastało w ciągu 7 do 16 dni po trzech do sześciu wstrzyknieniach. (*La semaine médicale.* 30. Czerwca 1894).

— Létang: Znieczulenie miejscowe przez wstrzykiwanie podskórne płynów zimnych. Autor zaleca wstrzykiwanie płynów zimnych (0°) albo pod skórę albo w mięśnie tej okolicy, którą ma się znieczulić. Ażeby otrzymać płyn zimny o temperaturze 0°, miesza się 8 części (na wagę) siarkanu sodowego z 7 częściami kwasu solnego i w tę mięszaninę wstawia rurkę odczynnikową, w której znajduje się wyjałowiony, 0·5 do 1·0% rozczyn soli zwykłej. Jeżeli temperatura mięszaniny oziębiającej spadła do 10°, wynosi temperatura wody słonej właśnie 0°. Płynem tym robi się za pomocą strzykawki odpowiedniej wstrzykiwania, które prócz ukłucia nie sprawiają żadnego bólu ani stwardnienia a dane miejsce znieczulają zupełnie i trwale. Oczywiście, że zamiast wymienionej mięszaniny oziębiającej można użyć każdej innej, byleby za pomocą niej można płynowi mającemu się zastrzyknąć nadać temperaturę 0°. Również zamiast rozczynu soli można użyć każdego innego, odpowiedniego płynu. Autorowi oddał najlepsze usługi:

Aquae destil. sterilisatae		
Glycerini puri	*aa*	*100·00*
Aetheris sulfurici		*2·00*

Płyn ten daje się dobrze przechowywać a można go wstrzykiwać i po 10 razy po 10 gramów, co wystarcza dla praktyki. Przy mniejszych operacyach, przy których używano dotychczas kokainy, miał ten sposób okazać się skutecznym. I w newralgiach możnaby go użyć zapewne. (*Bulletin médical.* 48. 1894).

— Masius: O działaniu terapeutycznem dygitoksyny. Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Brukseli zdał autor sprawę ze swych doświadczeń terapeutycznych w klinice lekarskiej leodyjskiej nad działaniem dygitoksyny niemieckiej w różnych chorobach, w których poprzednio używano naparu naparstnicy.

Z doświadczeń tych wypada, że dygitoksyna działa w podobny zupełnie sposób, jak naparstnica: reguluje uderzenia serca, wzmacnia ich siłę a zmniejsza liczbę, powiększa ciśnienie w tętnicach i dyurezę (ilość moczu dochodziła do 4 litrów), skutkiem czego znikają opuchnienia. Również ustępuje sinica, zmniejsza się duszność tak, iż chorzy mogą noce przepędzać w łóżku. Działanie to występuje po 24 godzinach.

Sześciu chorych (na 22) nie znosiło dygitoksyny, która po dawce 3 do $4\frac{1}{2}$ miligrama sprawiała wymioty.

W ciężkich przypadkach zapalenia płuc i w durze brzusznym obniżała dygitoksyna temperaturę i działała skutecznie przeciw upadaniu czynności serca.

Działanie dygitoksyny występuje zwykle po 24 godzinach a utrzymywano je w miarę potrzeby od 8 do 10 dni.

Z porównania działania terapeutycznego okazuje się, iż dygitoksyna niemiecka działa pewniej, rychlej i skuteczniej, niż krystaliczna dygitalina francuska. (*La semaine médicale*. 4. Lipca 1894).

— Katz: Leczenie błonicy antytoksyną Aronsona. W berlińskim szpitalu dla dzieci imienia Cesarza Fryderyka i jego małżonki, leczono od r. 1890 do końca 1893. na błonicę 1081 dzieci, z których umarło 421 czyli 38·9%. Od 1. Stycznia do 13. Marca r. b. leczono 86 dzieci, z których umarło 38, t. j. 41·8%.

W dniu 14. Marca r. b. zaczęto używać antytoksyny wyrobionej przez Dra Aronsona, płynu żółtawego, ciągnącego się, przypominającego swą wonią nieco kwas karbolowy. Wstrzykiwano ją w grzbiet poniżej łopatek, ile możności jak najgłębiej, w same mięśnie, z początku po 3 do 5 cm. sz., później powiększono dawkę i dochodzono w przypadkach ciężkich do 20 cm. naraz, powtarzając tę dawkę lub używając nieco tylko mniej po kilku dniach. W przypadkach lżejszych wstrzykiwano po 5, $7\frac{1}{2}$ i 10 cm. sz. w miarę wieku i konstytucyi pacyenta. Zresztą nie zmieniano całkiem leczenia, t. j. używano stosowanych dotychczas środków wewnętrznych i zewnętrznych i robiono w razie potrzeby tracheotomię lub intubacyę.

W ten sposób leczono do 20. Czerwca r. b. 128 dzieci zapadłych na błonicę, u wszystkich wykazaną bakteryologicznie; z nich umarło 17, t. j. 13.2%. Równocześnie leczono bez antytoksyny Aronsona 23 dzieci, z których umarło 8. Doliczając jeszcze jeden przypadek płonicy zakończony śmiercią, otrzymuje się razem 152 przypadków ze śmiertelnością 17·2% przeciw 37% w tymże samym okresie z roku poprzedniego.

Na 128 przypadków leczonych antytoksyną było 47 lekkich, wszystkich zakończonych wyzdrowieniem, 35 ciężkich zakończonych w jednym przypadku śmiercią, 42 bardzo ciężkich zakończonych 12 razy śmiercią i 4 przypadki błonicy gnilnej (*diphtheria septica*), wszystkie zakończone śmiercią. Po wstrzykiwaniach antytoksyny nigdy nie widziano żadnego szkodliwego działania ani na serce, ani na nerki, ani na żaden inny organ badaniu dostępny, mianowicie nie było moczu krwawego a zapalenia nerek po wstrzykiwaniach nie różniły się niczem od zwykłych zapaleń tego organu w błonicy.

Sześć razy widziano po wstrzyknięciach osutkę częścią w miejscu wstrzyknięcia, częścią gdzieindziej, osobliwie w okolicy kolana. Osutka ta podobna do odry lub płonicy znikała wkrótce bez łuszczenia się.

Antytoksyna nie działa widocznie na wrzekome błony dyfterytyczne. U żadnego dziecka w czasie leczenia sprawa chorobowa nie przeniosła się z gardła do krtani a wszystkie przypadki tracheotomowane lub intubowane przyszły do szpitala już z oznakami zwężenia krtani. Jeżeli tętno było od samego początku słabe a czynność serca nieregularna, nie widziano wyraźnego wpływu na nie z antytoksyny.

Znane objawy pobłonicze w układzie nerwowym utrzymywały się jakiś czas i ustępywały powoli.

Śmierć następowała z dławca schodzącego na dół, zapalenia płuc i osłabienia serca.

Na 128 przypadków leczonych antytoksyną było 17 tracheotomij a z nich 12 zakończonych śmiercią i 5 intubacyj, wszystkich zakończonych pomyślnie. Na 22 więc przypadków ze zwężeniem krtani skończyło się pomyślnie 10 czyli 45·4%. Na 23 przypadki leczone bez antytoksyny było 7 tracheotomij, które wszystkie zakończyły się śmiercią. Razem było więc 29 tracheotomij i intubacyj z 10 wyleczeniami czyli 34·3%; w roku 1892 było tych operacyj 111 z 23·4% a w r. 1893 operacyj 142 z 21·8% wyleczenia.

Na 72 rodzeństwa chorych, o których właśnie mowa, zaszczepionego płynem immunizacyjnym Aronsona, dostało błonicy tylko 8 i wszystko przebyło ją szczęśliwie.

Mimo tego wszystkiego autor tych spostrzeżeń nie uważa za rozstrzygające, lecz tylko za uprawniające do dalszych w tej mierze doświadczeń. (*Münchener med. Wochenschrift*. 3. Lipca 1894).

— F. Santi: O leczeniu siarkanem miedziowym trzeciorzędnych owrzodzeń kiłowych gardła. Według spostrzeżeń autora w szpitalu westminsterskim w Londynie pomazywania 4% roczczynem siarkanu miedziowego są najlepszym sposobem leczenia trzeciorzędnych owrzodzeń w gardle, daleko lepszym, niż przyżeganie kamieniem piekielnym lub pomazywanie nastojem jodowym, gdyż często już w 12 dniach sprowadzają zupełne zagojenie się przerzeczonych wrzodów, nawet rozległych. Rozumie się samo przez się, że leczenie miejscowe musi łączyć się z leczeniem ogólnem.

Pomazywania roczczynem siarkanu miedziowego odbywają się raz na dzień lub raz na dwa dni w ten sposób, że owrzodzenie oczyszcza się naprzód jakim płynem alkalicznym, następnie obsusza watą i znieczula roczczynem 4% kokainy a dopiero w końcu pomazuje siarkanem miedziowym. W czasie tego leczenia używa chory kwasu borowego do płukania gardła.

— K. Garré: Leczenie wola wstrzykiwaniami jodoformu. Autor wracając do sposobu już dawniej używanego a teraz zupełnie zapomnianego, użył go u 140 chorych kliniki chirurgicznej w Tybindze i zaleca go na podstawie własnych swych doświadczeń, jako bardzo łatwy a całkiem bezpieczny.

Wstrzykiwanie robi się zwykłą strzykawką Pravazowską poprzednio oczyszczoną 5% kwasem karbolowym a używa do nich płynu podanego przez Mosetiga Moorhofa:

82)	Rp. *Jodoformii*		*1·00*
	Olei olivarumi		
	Aetheris sulfurici	*aa*	*7·00*

MDS. Zewnętrznie. Przechowywać w ciemności.

Po oczyszczeniu skóry naprzód eterem, następnie roczczynem sublimatu chwyta lekarz stojący poza chorym między drugi a trzeci palec tę część wola, do której chce wstrzyknąć płyn wymieniony a przyciskając ją ku stosowi kręgowemu wbija igłę na 2 do 3 cm., oczywiście unikając zranienia żył widocznych. Jeżeli teraz w czasie trzymania igły w miejscu chory zrobi ruch jak do połknięcia a igła pójdzie za tym ruchem, jestto znak, iż igłę wbito należycie, poczem wypróżnia się strzykawkę odrazu i wyjmuje. Miejsce wbicia igły opatruje się prostym plastrem.

Zazwyczaj wstrzykuje się naraz jednę strzykawkę, można jednak w razie potrzeby wstrzyknąć nawet i 4 strzykawki.

Wstrzykiwania, o których mowa, sprawiają zazwyczaj lekkie i przemijające tylko pieczenie; niekiedy jednak bóle są znaczniejsze, rozpromieniające się ku zębom i uszom. Nigdy autor nie widział omdlenia tak częstego po wstrzyknieniach nastoju jodowego, używanych dawniej do leczenia wola.

Autor wstrzykuje podany roczczyn jodoformu w miarę potrzeby co dwa do ośmiu dni. Zazwyczaj 3 do 16, średnio 7 wstrzyknień wystarcza do wyleczenia. Na 87 chorych obserwowanych do końca był skutek pomyślny u 77; zmniejszenie się wola wynosiło u 51 więcej niż 2 cm. a przechodziło niekiedy nawet 7 cm.

Zdaniem autora wstrzykiwania jodoformu są skuteczne przedewszystkiem w prostym przeroście gruczołu tarczykowego; można ich jednak użyć z korzyścią i w formie koloidowej tudzież naczyniowej wola. (*Le semaine médicale* 30. Czerwca 1894).

— J. Goldendach (w Moskwie): O użyciu sporyszu przeciw nocnym potom u suchotników. Autor przekonawszy się o nieskuteczności rozmaitych środków zalecanych przeciw temu bardzo dolegliwemu i osłabiającemu przypadowi wpadł ze stanowiska teoretycznego na myśl użycia w tym celu sporyszu. Zadaje go zatem w ilości 0·30 raz lub dwa razy wieczorem przed udaniem się na spoczynek. W poważnej liczbie przypadków miał autor skutek zadawalniający, nieraz nawet bardzo dobry. Chorzy środek ten znosili dobrze i nie doznawali po nim żadnego niekorzystnego działania, nawet po używaniu go nieraz i przez dwa tygodnie. W ostatnich czasach używa autor z lepszym jeszcze skutkiem wstrzykiwań podskórnych ergotyny według przepisu:

83) Rp. *Exti secalis cornuti* 3·00
Spir. vini
Glycerini
Aquae destil. āā 5·00
MDS. Na noc wstrzyknąć jedną strzykawkę.
(Deutsche med. Wochenschrift 28. Czerwca 1894).

— Przeciwko gorączce trawiącej u suchotników zaleca A. Székely:

84) Rp. *Secalis cornuti* 10·00
F. l. a. infusum cum
Aquae destil. 180.00
Cui adde
Natrii salicylici 10·00
MDS. Zażywać dziennie po cztery łyżki stołowe.

Pięć łyżek stołowych tej mięszaniny, zażytych wieczorem w ciągu 2 godzin usuwa według autora gorączkę zupełnie.

Sporysz wpływać ma korzystnie na szum w uszach, który sprawia salicylan sodowy a ten znów wydzielony, choć w małej ilości w formie kwasu salicylowego do płuc, ma działać desinfekcyjnie na sprawy gnilne i w ten sposób miarkować gorączkę trawiącą. (*La semaine médicale* 30. Czerwca 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Marca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 48.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Kol. Gluziński Antoni w przemówieniu swojem oświadcza, że w dyskusyi chciałby na dwie rzeczy zwrócić uwagę: 1-mo na zachowanie się funkcyi chemicznej żołądka po wycięciu odźwiernika dla blizny po wrzodzie żołądkowym; 2-do na kwestyę, jakie przypadki wrzodu lub raka żołądkowego należy oddać w ręce chirurga.

Co do pierwszego punktu, zwraca uwagę kol. Gluziński na spostrzeżenia już niejednokrotne, że po resekcyi odźwiernika we wrzodzie żołądka wraz z usunięciem mechanicznej przeszkody poprawia się chemizm pod tym względem, że objawy nieżytu kwaśnego zmniejszają się dość rychło a zwłaszcza zmniejsza się ilość nadmiernie wydzielającego się kwasu solnego. Wytłómaczenie tej okoliczności łatwo pojąć i można je przewidzieć z góry, jeżeli się uwzględni, że w żołądku ze zwężeniem odźwiernika przychodzi w skutek nagromadzenia się w nim treści i długiego jej pozostawania do fermentacyi, zwłaszcza mlekowej mimo obecności znacznej ilości HCl, że produkta tej fermentacyi drażniąc błonę śluzową żołądka już i tak nieprawidłową przyczyniają się do tem większego wydzielania HCl. Z chwilą zatem zniesienia przeszkody, z chwilą poprawy funkcyi mechanicznej odpada czynnik podtrzymujący fermentacyę, bo w braku zastoju treści pokarmowej HCl wystarczy dla zniesienia działania mikroorganizmów właściwych; to też znika po operacyi n. p. kwas mlekowy z treści żołądkowej, który nie w początkach trawienia, ale przez cały jego ciąg można wykazać, znikają w ogóle produkta fermentacyi, które drażniły błonę śluzową żołądka. Nic też dziwnego, że zmniejsza się stopień kwaśności treści żołądkowej od HCl zależny, że poprawia się chemizm, jeżeli tylko funkcya mechaniczna korzystnej przez operacyę uległa zmianie. Ta poprawa chemizmu jest możliwą tylko do pewnego stopnia, bo pozostaje zawsze zboczenie zawisłe od zmian na błonie śluzowej, właściwych wrzodowi żołądka, którego przebieg dalszy odpowiada zupełnie obrazowi nieżytu kwaśnego żołądka.

Przy punkcie drugim zastanawia się kol. Gluziński, jakie przypadki wrzodu żołądka należy poddać leczeniu chirurgicznemu. Pomijając wskazanie niekiedy wskutek uporczywych krwotoków (przypadek Mikulicza), tylko w przypadkach, które doprowadziły do zwężenia odźwiernika (*stenosis pylori*) a wskutek tego do rozszerzenia żołądka nagromadzenia się pokarmów, niemożności przeprowadzenia ich do dalszych części przewodu pokarmowego *resectio pylori* a w razie niemożności gastroenterostomia winna co najrychlej być wykonaną, zanim organizm popadnie w stan wyniszczenia, nie dozwalający na żaden zabieg chirurgiczny. Przy rozpoznawaniu jednak zwężenia odźwiernika trzeba, o ile przemawiającego uczy doświadczenie, zwrócić nieraz uwagę, czy objawy odpowiadają zwężeniu stałemu czy też przemijającemu; niekiedy bowiem, wskutek drażnienia przez wrzód w części odźwiernikowej, wskutek drażnienia przez nadmiernie wydzielający się HCl mamy kurczowe zaciśnięcie odźwiernika z następstwami, objawy jednak są przemijające, przy odpowiedniem postępowaniu ustępują zupełnie, gdy wrzód się zabliźni a zmniejszy się kwasota treści pokarmowej. Błędem by zatem było, gdyby każdy przypadek wrzodu żołądka, przedstawiający objawy zwężenia odźwiernika, musiano operować. Niedługa względnie obserwacya obok odpowiedniego leczenia rozjaśniają dostatecznie sprawę.

Co do raka, to zwraca uwagę kol. Gluziński, że raki n. p. w dnie lub na krzywiznach żołądka właściwie nie nadają się do operacyi; chory w tym przypadku na założeniu przetoki żołądkowokiszkowej nic nie zyskuje a o doszczętnem leczeniu w chwili rozpoznania niema mowy. Jedynie tylko raki usadowione w części odźwiernikowe i sprowadzające wskutek tego zwężenie odźwiernika ze wszystkiemi następstwami tworzą wskazania dla zabiegu operacyjnego. Słusznie wymaga kol. Rydygier, by jak najwcześniej te przypadki dostawały się w ręce chirurga; mimo tego będą one się dostawać często zapóźno, bo rozpoznanie ich w pierwszych okresach bywa często wprost niemożliwem; badanie bowiem treści żołądkowej niczego jeszcze nie dowodzi. O ile brak HCl obok innych objawów, jak wymiotów fusowatych, wymacalności guza, charłactwa jest ważnym dla rozpoznania raka, sam dla siebie jeszcze niema znaczenia, a te decydujące objawy każą dość długo na siebie czekać. Późno zwłaszcza występuje wymacalność guza w części odźwiernikowej, który występuje wtedy, gdy ciężar treści pokarmowej nagromadzającej się w rozszerzonym żołądku ściągnie część odźwiernikową ku dołowi i wysunie z pod przykrywającego ją lewego płatu wątroby. Dzieje się to zwykle w okresie późniejszym, gdy sprawa trwała już czas dłuższy, gdy przynajmniej gruczoły sąsiednie już mogą być zajęte, gdy więc już minął czas doszczętnej operacyi a jedynie dla ulżenia choremu i przedłużeniu mu życia gastroenterostomia wchodzi w swe prawa. Wina to nie lekarza, lecz środków, którymi dotąd rozporządza. (Sprawozdanie własne).

W odniesieniu się do tych uwag nadmienia kol. Korczyński Edward, że rozstrzeń żołądka zależeć może od przeróżnych przyczyn, a ze względu na wrzód żołądka powołuje się na codzienne doświadczenie, które wskazuje, że na wielkość rozstrzeni wpływa nie tylko blizna w części odźwiernikowej, ale i różne inne czynniki, jak stopień towarzyszącego nieżytu kwaśnego, sposób żywienia się, ogólny stan odżywienia, obrzęk oboczny tkanin około wrzodu i samo obniżenie żołądka, zmieniające fizyologiczne położenie części odźwiernikowej względem dwunastnicy. Ztąd pochodzi, że stopień rozstrzeni żołądka sam przez się nie może być dostateczną miarą zwężenia odźwiernika i że badając chorego po raz pierwszy nigdy nie można orzec z bezwzględną pewnością, jaką część rozstrzeni przypisać należy bliźnie po wrzodzie lub wrzodowi samemu a jaką innym czynnikom. Rzecz rozjaśnia dopiero ścisła obserwacya kliniczna, która bardzo często wykazuje, że pod wpływem odpowiedniego zachowania się dyetetycznego i leczenia, które zmierza z jednej strony do mechanicznego wypróżniania żołądka a z drugiej strony do zmniejszania spraw fermentacyjnych i do przytępiania nadmiernej kwasoty, rozstrzeń zmniejsza się i że osłabiona błona mięsna żołądka do pewnego stopnia jędrnieje napowrót. Wśród tego poprawia się zazwyczaj stan ogólny chorych. To też wskazanem

jest w każdym przypadku cieśni odźwiernikowej w przebiegu wrzodu żołądka poddać chorego przez pewien czas ścisłej obserwacyi klinicznej i leczyć racyonalnie, chociażby tylko w tym celu, by ułatwić przyszły zabieg operacyjny. Jedynie w przypadkach, w których odżywienie chorego bardzo podupadło, gdy płukanie żołądka grozi zubożeniem ustroju w chlorki, lub gdy pod wpływem leczenia zmniejsza się ciężar ciała lub nie daje się utrzymać sztucznem żywieniem, tam niezwłoczna operacya jest wskazana, również jak w przypadkach, gdzie cieśń odźwiernikowa jest bezwzględną przeszkodą dostawania się do dwunastnicy treści żołądkowej.

Mając dotychczas częstą sposobność przekonania się, że chorzy z cieśnią odźwiernikową z wrzodu lub z blizny po wrzodzie osiągali nieraz poprawę tak stanu miejscowego, jakoteż ogólnego, pod wpływem odpowiedniego leczenia nieoperacyjnego i że udawało się częstokroć za każdym nawrotem usunąć pogorszenia, dyskutujący długo był zwolennikiem leczenia wyczekującego, t. j. nieoperacyjnego. W miarę jednak, jak większa ilość przypadków i dłuższa ich obserwacya wykazywała, że leczenie nieoperacyjne nie daje bezwzględnej pewności poprawy, że wywołuje nieraz zubożenie ustroju w chlorki, że prowadzone bez należytej kontroli wagi ciała częstokroć chorym szkodę przynieść może, że nie zabezpiecza od krwotoków i że częstokroć tylko odwleka a nie usuwa zabiegu operacyjnego a nawet przez zbytnie wyczekiwanie może go utrudnić, dyskutujący obecnie jest zasadniczo zwolennikiem rychłego operowania a odpowiednie leczenie nieoperacyjne, o ile na to pozwalają czas, okoliczności i stopień zwężenia odźwiernika, uważa tylko za leczenie przygotowawcze do zabiegu operacyjnego.

W przeciwieństwie do tego, wskazania do zabiegów operacyjnych w r a k u żołądka dyskutujący ogranicza tylko do raka odźwiernika; rak w innem miejscu usadowiony, zdaniem jego, według obecnego stanowiska nauki, nie stanowi wskazania do operacyi. Czy sama obecność raka w odźwierniku, czy dopiero objawy zwężenia odźwiernika przez raka żołądkowego, stanowią właściwe wskazanie do zabiegu operacyjnego, tego rozstrzygać nie chce. Pomijając trudność a bardzo często niemożebność rozpoznania raka we wczesnym okresie i określenia dokładnego jego siedziby, zapytać się godzi, czy dotychczasowa statystyka uprawnia już do tego, by dla operowania w raku żołądka mieć inne wskazanie, jak zwężenie żołądka z raka w części odźwiernikowej. (Sprawozdanie własne).

Kol. Rydygier dziękuje koll. Korczyńskiemu i Gluzińskiemu za tak ciekawą i pouczającą dyskusyę nad swym odczytem; nadto chce zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, który traktował pobieżnie w swym wykładzie. Oto te przypadki rozszerzenia żołądka, które nie ustępują pod wpływem żadnego leczenia, stanowią zdaniem mówcy wskazanie do gastroenterostomii, gdyż według wszelkiego prawdopodobieństwa jest tam jakaś przyczyna mechaniczna. Gdybyśmy przy operacyi przeszkody takiej nawet i nie znaleźli, to i tak wykonanie gastroenterostomii znacznie przyczyni się do poprawy zdrowia chorego. W końcu zwraca się mówca z prośbą do lekarzy praktyków, aby wobec coraz to pomyślniejszych wyników operacyjnych starali się namawiać odpowiednich chorych jaknajwcześniej do operacyi, gdyż od ogólnego stanu chorego zależy przedewszystkiem dobry wynik tych ciężkich, lecz wdzięcznych operacyj. Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Z wycieczki do Kneippa.

Podał

Dr. J. Surzycki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Następnie wprowadzają chorego z rozpoznaniem prof. Nagla: *atrophia nervi optici* — i ten także ma robić jakieś *Kopfgussy* a oprócz tego sam ks. Kneipp jakąś pałeczką zapuszcza mu do oczów krople, po których chory twierdzi, że widzi już jakieś błyski (dla wszystkich łatwo zrozumiałe, ale nie dla ks. Kneippa, który cieszy się już z tego, że będzie rychła poprawa).

Wreszcie wchodzi kobieta operowana dwukrotnie w jakiejś klinice z powodu raka sutka, który obecnie odnowił się i zajmuje nietylko dawne miejsce sutka, ale sięga już pod samą pachę. Ks. Kneipp bierze ją za parawan i opatruje; my ją także badamy a K. oświadcza z całym spokojem, że jest pewny wyzdrowienia, byle tylko chora miała dość cierpliwości i pilnie stósowała *Obergussy.* Czyż to więc zaślepienie, czy żarty z chorego. Reszta chorych, których w tym czasie widziałem, należała do zwykłych neurasteników, pomiędzy którymi znalazłem i jednego ze swoich pacyentów; i dla tych naturalnie takie procedury mogły mieć skutek niewątpliwy i rezultaty mogły być korzystne. Dwóch n. p. chorych, pamiętam dobrze, cierpiało długo na nawykowe zaparcie stolca i ci leczeni t. zw. *Blitzgussami* stósowanymi na brzuch, mieli się doskonale i od czasu tej kuracyi więcej nie cierpią na zaparcie. Byli jednak i tacy chorzy, którzy siedzieli u ks. Kneippa $1/_2$ roku, nieraz cały rok i wracali z tymi samymi, upartymi objawami neurastenii, dla których i nasza medycyna niezawsze może znaleźć odpowiedni środek. Jednem słowem nie ma choroby, którejby w Wörishofen nie było i dla którejby kuracya tego rodzaju nie miała być skuteczna a już z tego widać, jak ograniczone ma pojęcie ks. Kneipp o istocie chorób, a nie przypuszczając w nim nieuczciwości (chociaż postępowanie takie, jak z suchotnikami krwią plującymi, lub z tym chorym z wadą serca mogłoby mnie do tego skłonić) muszę widzieć tylko wszelki brak wykształcenia a zaufanie w jakieś nadprzyrodzone siły, których ks. Kneipp oczywiście nie posiada. Że całe otoczenie, ta aureola prawie świętości lub, co najmniej, łaski jakiejś szczególnej jakoby nadanej ks. Kneippowi od Boga, oszałamia leczących się, wprowadza ich w stan jakiejś nadzwyczajności, autosuggestyi, wiary w nadludzkie siły ks. Kneippa, tego nie zaprzeczam i te właśnie okoliczności mogą wpływać korzystnie na stan psychiczny chorych i wywoływać w nich pewną poprawę w stanie nerwowym, do czego też niemało przyczynia się oderwanie się od zwykłych zajęć, od interesów, wypoczynek umysłowy, zmiana trybu życia, skromne jedzenie i mieszkanie, brak wygód rozpieszczających i rozrywek denerwujących, pobyt całymi dniami na świeżem powietrzu lub ruch po takiej procedurze, jak *Wassergehen,* niemniej też system pewnego hartowania ciała, jak n. p. zalecane przez ks. Kneippa chodzenie boso w słotę. I te odczyty, które ks. Kneipp miewa zwykle po południu, niemające ani odrobiny naukowej podstawy, te jego opowiadania o niemożliwych wyleczeniach, o cudownych ziołach i lekach przez niego odkrytych, wreszcie cała literatura znajdująca się w Wörishofen a ograniczona do życia, czynów działania i metody ks. Kneippa, wywołuje nienaturalny stan umysłowy u chorych, wzbudza w nich wiarę w możliwość wyleczenia i naturalnie w lekkich przypadkach ogólnych nerwic może się cieszyć wyleczeniem lub znaczną poprawą. Jeżeli w przypadkach histeryi lub w tym podobnych zboczeniach w układzie nerwowym polecamy leczenie psychiczne, to tutaj w Wörishofen mamy to leczenie stósowane od początku do końca, od samego wjazdu do Wörishofen aż do powrotu chorych do domu, wprawdzie bez żadnego systemu, bez celu, ot tak bezwiednie, ale niemniej skutki mogą być korzystne. Rozgłos, jaki nadają ludzie ks. Kneippowi i jego zakładowi, popycha do niego tysiące chorych z rozmaitych narodowości, kto wie, czy nie najwięcej Polaków, oczywiście przeważnie neurasteników; mniejszość chorych stanowią ci, którzy nie uzyskawszy poprawy na zdrowiu po radach le-

karskich a nie mogąc jej uzyskać z powodu nieuleczalności choroby, jako *ultimum refugium* dążą do Wörishofen i tam szukają swego zbawienia. Naturalnie i tutaj nie dzieją się cuda i chorzy tacy niepotrzebnie tracą czas i pieniądze w nadziei odzyskania zdrowia; i to właśnie mam bardzo za złe ks. Kneippowi i jego doradcom lekarzom, że takim chorym obiecują wyzdrowienie, kiedy przeciwnie powinni rodzinie otwarcie wyznać całą prawdę, wiedząc chyba dobrze, że zanik nerwu wzrokowego lub rak sutka nie da się wyleczyć leczeniem zimną wodą. Jeżeli więc nie przypuszczam chęci wyzyskiwania takich chorych, to muszę przypuścić wielki brak inteligencyi u ks. Kneippa i negacyę zupełną nietylko wiedzy lekarskiej, lecz w ogóle nauki a dość przeczytać jego broszurę: *Ein Wort über Cholera*, żeby się przekonać, jak zacofane pojęcie o chorobach ma ks. Kneipp; lekarzy zaś funkcyonujących w Wörishofen muszę posądzić o brak kardynalnych wiadomości medycznych lub też o złą wiarę, bo lekarz nie powinien służyć nikomu za parawan, jeżeli szanuje swoją godność, i nie powinien wyzyskiwać swego dyplomu dla celów finansowych, jak to jest właśnie w Wörishofen. Blagi i tak jest dosyć na świecie, abyśmy sami jeszcze potrzebowali być jej apostołami. Ludzie rozsądni wcześniej lub później poznają się, gdzie jest prawdziwa nauka a gdzie szalbierstwo i wyzyskiwanie głupoty ludzkiej. U nas chwała Bogu jeszcze nie kwitnie tak dalece blaga i dotąd nie znaleźli się lekarze, którzyby u nas podobne zakłady *quasi* kneippowskie otwierali i ogłaszali skuteczność leczenia kneippowskiego; gdyby zaś się i kto między nami znalazł, to uczciwa opinia lekarska z pewnością potępiłaby takie szalbierstwo.

Jedno, co może być dobrem u ks. Kneippa, to pewnego rodzaju hartowanie ciała i przyzwyczajanie go do zmian temperatury. Ten więc sposób zalecany ludziom słabym, bojącym się o każdy najmniejszy nieżyt dróg oddechowych, papinkowatym, wychowanym przez rodziców pod kołderką, wychuchanym, może przynieść wielkie korzyści; ludzie tacy zmuszeni boso chodzić, zlewać się zimną wodą, używać ciągle ruchu na świeżem powietrzu, t. j. szwedzkiej gimnastyki, nabierają pewnej siły, rodzi się w nich większy zasób energii i wróciwszy do domu, jeżeli kontynuują te procedury, bez wątpienia stają się zdrowszymi i odporniejszymi na przeziębienie. To, coby się żadnemu lekarzowi nie udało przeprowadzić u rodziców, t. j. pewien system w hartowaniu dziecka, to w obec aureoli ks. Kneippa ma powodzenie, wola głuchnie i robi się wszystko, co on każe. Jeszcze na jedno muszę zwrócić uwagę, co niewątpliwie wpływa na wzbudzenie zaufania do ks. Kneippa, to pewna jego bezinteresowność, bo kto może, płaci tam wiele i nieraz b. wiele, ale dzieje się to bez żądania, a natomiast kto nie jest w stanie zapłacić za kuracyę, ten jest od tego uwolnionym. To właśnie nadaje cechę bezinteresowności w kuracyi i zjednywa mu chorych, gdy tymczasem wiemy, że nasze zakłady hidropatyczne są obrachowane na interes i nie dziw, że chory taki z jednej strony widzi w dyrektorze zakładu lekarza a z drugiej strony widzi w nim przedsiębiorcę i w ten sposób traci swą ufność do niego.

Kończąc swój pobieżny rys z pobytu w Wörishofen, chcę jeszcze streścić swoje zapatrywanie na właściwość stósowania kuracyi w Wörishofen a mianowicie: chorym nerwowym z przypadami ogólnego znużenia nerwowego, histeryą, cierpiącym na tle nerwowem na bezsenność, zaparcie stolca, lub inne przypady żołądkowe, bóle głowy, bicie serca i t. d., w których naturalnie żadnych zboczeń anatomicznych w ustroju nie ma, tym nie broniłbym wyjazdu i *quasi* leczenia się w Wörishofen (chociażbym ich do tego nie zachęcał), bo obok zimnej wody i wiara uzdrawia, nam zaś przedewszystkiem powinno chodzić o uzdrowienie chorego, czy to z naszą pomocą lub bez nas. Ale tam, gdzie są zboczenia nerwowe ważniejsze, w ogólnych nawet nerwicach, gdzie lekarz powinien chorego mieć ciągle na oku, kontrolować jego stan, a nie mówię już o tych, gdzie są jakiekolwiek zmiany organiczne, takich broń Boże wysyłać do ks. Kneippa, bo o żadnej opiece ze strony lekarza mowy być nie może i kto z chorych wpadnie w pewien szablon, w tym będzie się i kręcił przez cały pobyt, ziółka zaś i krople podawane przez ks. Kneippa chyba działać nie mogą korzystnie. Nie powinniśmy więc iść tak daleko, ażeby bezwzględnie odmawiać tego rodzaju kuracyi wszelkiego korzystnego wpływu na chorobę, chociaż sposób jej stósowania, badania chorych i zachowania się względem nich nie odpowiada naszym etycznym i lekarskim pojęciom; z drugiej zaś strony powinno się stanowczo chorym zakazać wyjazdu do Wörishofen w tych przypadkach, w których ważność choroby wymaga umiejętnego użycia wszystkich dotychczas znanych środków lekarskich i sumiennego traktowania choroby, czego niestety nie mogłem się dopatrzeć w Wörishofen, pomimo żem bez uprzedzenia przypatrywał się wszystkiemu.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W sekcyi medycyny teoretycznej:

Zapewnione są następujące referaty:

1) O lokalizacyi w mózgu. Referent Doc. Dr. Beck (z Krakowa).

2) O nowszych badaniach nad białkami. Referent Dr. Michał Seńkowski (z Krakowa).

3) Nowsze badania o przemianie soli żelazowych w organizmie i działaniu ich na ustrój. Referent Dr. Wacław Sobierański (z Marburga)

4) Dzisiejszy stan nauki o zapaleniu otrzewnej. Referent Dr. K. Klecki (z Krakowa).

W dalszym ciągu (zob. Nr. 16. *Przeglądu lekarskiego*) zapowiedziano następujące wykłady:

13) Lekarz wet. Kośmiński (ze Lwowa). Temat zastrzeżony.

14) Dr. Gustaw Piotrowski (ze Lwowa): O wpływie konstytucyi chemicznej ciał na ich działanie fizyologiczne.

15) Dr. J. Prus (ze Lwowa): O ciałkach Russela.

16) Tenże: O przyczynach leukozytozy.

17) Tenże: O powstawaniu włóknika.

18) Dr. Tadeusz Browicz (z Krakowa): O anomaliach nitek ściągnistych serca.

19) Dr. J. Nowak (z Krakowa). Wynik badań własnych co do obecności prątków dyfterytycznych Loefflera we krwi.

20) Dr. Edw. Piotrowski (z Krakowa): Przyczynek do histologii przyjądrza.

21) Dr. Wanda Szczawińska (z Paryża): Metoda Golgiego i wyniki stósowania jej w badaniach nad układem nerwowym.

22) Dr. M. Seńkowski (z Krakowa): O glikogenie.

23) Dr. Józef Wernicki (ze Lwowa): O potrzebie ustalenia pojęć anatomo-fizyologicznych w nauce o klinicznem badaniu krwi.

24) Tenże: Powstawanie ciałek czerwonych. Powstawanie ciałek białych.

25) Tenże: Występowanie leukozytozy w ogólności, tudzież o występowaniu poszczególnych jej form a mianowicie: *a*) limfozytozy,

b) neutrofilii, c) eozynofilii. Ich znaczenie patologiczne i wpływ na rozpoznawanie chorób i rokowanie. (Z demonstr. preparatów mikroskopicznych i rysunków).

26) Dr. J. Czajkowski (ze Sosnowca): Temat zastrzeżony.

27) Dr. W. A. Gluziński i Dr. A. Beck (z Krakowa): O zboczeniu czynności nerek po podwiązaniu moczowodu. Przyczynek do nauki o wydzielaniu moczu.

28) Dr. A. Beck (z Krakowa): O powstawaniu urobiliny.

29) Dr. K. Klecki (z Krakowa): Przyczynek do nauki o *peritonitis e perforatione*.

30) Tenże: W sprawie wydzielania w jelicie.

31) Dr. Bikeles (ze Lwowa): O wstrząśnieniu mózgu i rdzenia pacierzowego.

32) Dr. W. Sobierański (z Marburga): O funkcyi nerki.

33) Tenże: O działaniu środków moczopędnych.

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Julian Kramsztyk (z Warszawy): O zapaleniu płuc u dzieci.

Dr. F. Arnstein: O drgawkach skutkiem ząbkowania i o roli ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego.

Dr. Flórkiewicz: O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego jako środku leczniczym.

Dr. Prus: O stósunku syryngomelii do akromegalii (z demonstracyą chorej).

Prof. Dr. Gluziński: Wpływ podwiązania tętnic wieńcowych serca (*art. coronariae cordis*) i stósunek do dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Tenże: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

W sekcyi okulistycznej:

Dr. Zygmunt Kramsztyk (z Warszawy): O przyzwyczajeniu w czynnościach oka.

W sekcyi higieny i medycyny sądowej:

Dr. Seweryn Sterling (z Jeny): Plan badań stanu zdrowotności robotników fabrycznych w Polsce.

— Otrzymujemy ze Lwowa wiadomość, że Dyrekcya kolei rządowych żąda imiennego spisu członków zjazdu i na tej podstawie dopiero wydaje imienne legitymacye kolejowe, służące do uzyskania zniżki w podróży na jej torach, zniżki, o której mowa w ogłoszeniu w nrze 26. *Przeglądu lekarskiego* na str. 380. Ubolewamy nad tem znacznem a dawniej niebywałem utrudnieniem a przezto i udaremnieniem dobrych chęci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, które dla dogodności jadących na zjazd z Krakowa i przez Kraków chciało mieć u siebie zapas kart legitymacyjnych w celu wydawania ich osobom zgłaszającym się a wydawałoby je oczywiście tylko mającym kwalifikacye na członków Zjazdu.

Wypada dalej z tego postanowienia Dyrekcyi kolei rządowych, że chcący korzystać ze zniżenia ceny na kolei winni zgłaszać się niezwłocznie do Dra W. Bylickiego we Lwowie, załączając 10 złr. jako należytość za udział w Zjeździe.

— Pożegnanie przez słuchaczy Wydziału lekarskiego ustępującego z katedry z powodu dojścia do oznaczonych lat, prof. Teichmanna odbyło się w dniu 7. b. m. o godzinie 12. w południe w pięknie przystrojonej sali wykładowej *theatrum anatomicum*. Salę przybrano roślinami, ławki okryto makatami, popiersie prof. Teichmanna, stale w sali znajdujące się, otoczono laurem i żywymi kwiatami. Ławki zapełnił zastęp paruset młodzieży; w pierwszych rzędach zasiedli profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego Wydziału lekarskiego i dyrektor szpitala św. Łazarza Dr. Ponikło z gronem lekarzy szpitalnych.

Gdy na salę wszedł prof. Dr. Teichmann w otoczeniu rodziny i członków komitetu, powstali wszyscy z miejsc i powitali go grzmiącymi, długotrwałymi oklaskami. Skoro oklaski ucichły się a chór akademicki odśpiewał stósowną do okoliczności pieśń, przemówił imieniem młodzieży medyk p. Świeżawski. Przedewszystkiem dał wyraz żalu z powodu rozstawania się z katedrą profesora, którego imię znane i sławione, który jest powagą naukową wszędzie, gdziekolwiek istnieje ognisko nauki. Wie o tem młodzież i dumną jest z tego. Dalej rozwija mowca bliżej zasługi naukowe profesora, jego wpływ na młodzież, jego przykład, wskazujący jej drogę pracy i obowiązku. Wdzięczna za to, uwieńczyła dziś laurem biust swego ukochanego i zasłużonego profesora.

Imieniem b. asystentów złożył następnie Dr. Karpiński hołd niezrównanemu badaczowi przyrody.

Z kolei dziękował młodzieży prof. Dr. Teichmann. Przypomniał pierwszy swój wykład w roku 1862, na który przybyło tylko 3 słuchaczy. Wzrosła ich liczba i wzrastała stale a zawsze utrzymywała się wzajemna harmonia; dążył do niej mowca drogą sprawiedliwości, nie szczędząc pochwał młodzieży, gdy na nie zasługiwała, nie szczędząc nagany, gdy była potrzebna. Słyszał mowca powiedziany tu wyraz: zasługa. Pojmuje zadanie profesora, jako najświętszy obowiązek i tylko za obowiązek je uważa — za nic więcej. Czynności profesorskie dzielą się na dwie kategorye. Jedne urzędowe, określone przepisami, ustają z chwilą przejścia na emeryturę. Ale jest druga część obowiązków; te są moralne i nie dadzą skrępować się żadnemi rozporządzeniami lub paragrafami. Do tych obowiązków należy posuwanie naprzód umiejętności, praca nad nią dzień i noc. Na tem polu ja panów nie żegnam (oklaski). Skalpeli nie położyłem na stół, ani pióra nie złamałem. Pracować będę dopóki siły pozwolą; od tych obowiązków nikt mnie nie uwolni! (oklaski).

Wspólnie pracujemy na jednem polu; ja zbliżam się do końca, panowie rozpoczynacie pracę. Spieszcie się z tą pracą, bo ja długo nie mogę czekać. Im wcześniej znajdę sposobność spotkać się z panami w pracy na tej niwie, tem milej będzie dla mnie (huczne oklaski).

Po mowie profesora Teichmanna rozległy się niekończące się burzliwe oklaski; wśród śpiewu chóru: *Niech żyje nam!* opuścił profesor wraz z rodziną salę wykładową. Liczny zastęp uczniów odprowadził czcigodnego profesora do domu; przy bramie Floryańskiej odfotografowano całą grupę. Wieczorem urządziła młodzież uniwersytecka na cześć prof. Teichmanna okazały korowód z pochodniami w towarzystwie tłumów publiczności.

— *Centralblatt für Chirurgie* umieścił na czele swego numeru z 7. b. m. pracę kol. R. Barącza o wykluczeniu jelita, drukowaną niedawno w naszem piśmie, przyczem nasunęła się nam z przyjemnością uwaga, że od pewnego czasu pisma lekarskie niemieckie oddają poprawnie nazwiska polskich autorów, co jest dowodem, iż coraz bardziej liczą się z naszem piśmiennictwem.

— Dr. A. Sokołowski w Warszawie (przy ulicy Mazowieckiej nr 20) zaproszony przez redakcyę *Internationales Centralblatt für Laryngologie*, wydawanego przez prof. Semona w Londynie, na referenta literatury polskiej uprasza Sz. Kolegów o nadsyłanie mu odbitek z prac z zakresu laryngologii, rynologii i t. p., drukowanych w polskich pismach peryodycznych lekarskich, począwszy od 1. Lipca r. b.

— Biuro Izby lekarskiej w Krakowie, mieszczące się dotąd w prywatnem mieszkaniu prezydenta Izby, prof. Dra Jakubowskiego, przeniesiono z d. 1. Lipca b. r. do własnego lokalu przy ulicy św. Krzyża Nr. 7. Otwarte w godz. urzędowych codziennie od 3—5 po południu.

— Namiestnictwo galicyjskie zaprosiło Wydziały obu krajowych Izb lekarskich na wspólną naradę, mającą się odbyć d. 22. b. m. we Lwowie a to w celu porozumienia się w kwestyach zasadniczych, tyczących się regulaminów obu tych Izb, jak również w celu zastanowienia się nad sposobem pośredniczenia władz politycznych w zgłaszaniu się lekarzy do Izb lekarskich i ściąganiu od nich opłat na utrzymanie Izb.

— Na wystawie krajowej we Lwowie znajduje się osobny dział sanitarny we własnym pawilonie. Naprzeciw głównego wejścia pomieszczono wystawę Wydziału krajowego. Tu znajdują się przedewszystkiem plany i fotografie wszystkich szpitali krajowych, łóżka dla chorych i dzieci, oraz różne przedmioty, dostarczone przez zakład artystyczno-ślusarski i maszynowy Adama Staszczyka z Krakowa. Mianowicie wystawił p. Staszczyk: stół operacyjny żelazny, szafę żelazną oszkloną dla przechowywania narzędzi chirurgicznych, stojak na irygatory (zwilżacze), stolik żelazny na kółkach, żelazne łóżko szpitalne, szkatułkę wertheimowską w postaci albumu i wiele innych przedmiotów. Prócz tego przedstawił Wydział krajowy tablice, zawierające prawidła żywienia chorych w szpitalach prowincyonalnych.

Ciekawe są daty tyczące się rozwoju szpitali powszechnych, pod względem ilości chorych, szukających w nich opieki. W roku 1871 łóżek było 2 595, chorych 19.763, dni leczenia 650.975; procent śmiertelności 12 2; w roku 1893 zaś było łóżek 4.039, chorych 48.597, dni leczenia 1,392.266, procent śmiertelności 9·2. Koszta leczenia chorych ubogich w r. 1871 wynosiły 137.433 złr., w r. 1893 zaś 859.226 złr. Od roku 1886 fundusz krajowy na koszta leczenia ubogich zapłacił 13,481.430 złr., oprócz wydanych na budowle około 3 milionów złr.

Z prywatnych wystawców krakowskich wzięli udział w tym dziale Władysław Bełdowski, z pudełkami tekturowemi dla aptekarzy,

Michał Dobrowolski z Nowej Wsi pod Krakowem z okazami fabryki przetworów techniczno-farmaceutycznych, Stanisław Rożnowski z mydełkami, Józef Śleczkowski z środkami toaletowymi, higienicznymi i lekarskimi, Florentyn Michalski (zastępcy Mossoczy i Pytlarski w Krakowie) z fotografiami i opisem użycia aparatu ekstrakcyjnego własnego wynalazku. Szpital Braci Miłosierdzia w Krakowie przedstawił łóżko dla chorych i fotografię wnętrza gmachu. Towarzystwo Opieki zdrowia (Dr. Henryk Jordan) przedstawiło statut, sprawozdania i wydawnictwa swoje tudzież kwestyonaryusz w sprawie żywienia się ludu w Galicyi, tablice graficzne, przedstawiające żywienie się tego ludu. Dr. Jan Gwiazdomorski przedstawił plan i fotografie domu zdrowia. Ludwik Knapiński wystąpił z instrumentami. Między wystawcami figurują także: Antoni Popiel z instrumentami lekarskimi. Rząca i Chmurski ze sztucznemi wodami mineralnemi, apteki Konstantego Wilczyńskiego i Konstantego Wiszniewskiego z wyrobami farmaceutycznymi.

Bardzo wielu jest wystawców z prowincyi, między nimi niemal wszystkie zakłady zdrojowe galicyjskie. Nadto dużo jest wystawców z poza kraju.

— **Nekrologia**. Zmarli: Dr. Edmund Puchacki, lekarz kilku gmin podmiejskich pod Krakowem, w Krakowie dnia 8. Lipca b. r. przeżywszy lat 38. — Justyn Glinka, lekarz praktykujący w Koziatynie, w dniu 15. Czerwca w Berdyczowie na dur osutkowy.

NADESŁANE.

Administracya uprasza usilnie tych PP. prenumeratorów *Przeglądu lekarskiego*, którzy zalegają z przedpłatą, aby zechcieli ją uiścić jak najrychlej.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.



WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO

W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających $2\frac{1}{2}$ szklanki. Flaszka 18 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po $2\frac{1}{2}$ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilińska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po $2\frac{1}{2}$ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodku potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct.

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas f[illegible] et natrii Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po $2\frac{1}{2}$ i $3\frac{1}{2}$ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana.**

121—x—4

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież **Limonady gazowe owocowe** jako napój orzeźwiający.

Aptekarz miejski

W. SUPP w HALLEIN

poleca swój c. k. konces. 13—10—1

Halleinski ług solny

1 kilo **60** ct. 5 kilo **2** złr. **70** ct.

Skład w Krakowie: **Konstanty Wiszniewski.**

Swoszowice pod Krakowem.

Zdrojowisko wód siarczanych,

przez największe powagi lekarskie polecane, siedm kilometrów od Krakowa oddalone, stacya kolei państwowej z najwygodniejszą komunikacyą (5 pociągów dziennie i 4 razy omnibusy zakładowe).

Mieszkania urządzone z komfortem i wszelkiemi wygodami po cenach nader przystepnych.

Restauracya wyborna i rozmaite uprzyjemnienia dla gości kąpielowych.

Kąpiele siarczane i mułowe ze zdrojów swoszowickich z najlepszym skutkiem bywają stosowane i zalecane **w gośćcu stawowym i miąższowym, w obrażeniach kości, w chorobach skóry i nerwów.** 138—8—7

Sezon trwa od 15. Maja do 15. Września.

Lekarz zakładowy *Dr. Tislowitz.*

JAWORZE na Ślązku austr. (Ernsdorf).

Zakład wodoleczniczy i żętyczny. Sezon od Maja do końca Września. Nowo urządzony Pensyonat leczniczy otwarty cały rok. — Stacya kolei, poczta i telegraf w miejscu.

88—16—14 *Dr. Edmund Kowalski.*

Sanatoryum i Zakład wodoleczniczy

w ZUCKMANTEL

na Szląsku austryackim.

Hidroterapia. Gimnastyka lecznicza. Masaż. Elektroterapia Kąpiele elektryczne dwukomórkowe. Leczenie dyetetyczne i terenowe. Znakomite powietrze górskie i leśne. Nowo zbudowany, z komfortem urządzony dom mieszkalny z centralnem ogrzewaniem parą.

Ceny umiarkowane. Prospekty darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący

Dr. Ludwik Schweinburg,

90—10—8 długoletni pierwszy asystent Prof. Winternitza w Wiedniu i w Kaltenleutgeben.

PREBLAUER

ŹRÓDŁO PREBLOWSKIE, najczystsza alkal. szczawa alpejska o znakomitem działaniu w nieżytach przewl., szczególnie dyat. mocz., nieżycie chron. pęch., kam. pęch , nerk. i chor. Brigthta. Dzięki składowi i smakowi — zarazem najlepszy napój dyetet. i orzeźwiający. **Preblauer Brunnen-Verwaltung in Preblau.** Poczta St. Leonhard (Karyntya). 33—26—16

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.